FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890 — THÈSE — N° 50

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 décembre 1890, à 1 heure

Par Victor NEVEU

Né à Aizenay (Vendée), le 11 juillet 1864

Ancien interne des hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS MALIGNES SECONDAIRES DE L'OMBILIC

Président : M. GUYON, *professeur.*

Juges : MM. { LE FORT, *professeur.* / SCHWARTZ, NÉLATON, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1890



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890 — N° 50

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 décembre 1890, à 1 heure

Par Victor NEVEU

Né à Aizenay (Vendée), le 11 juillet 1864

Ancien interne des hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES TUMEURS MALIGNES SECONDAIRES
DE L'OMBILIC

Président : M. GUYON, *professeur.*

Juges : MM. { LE FORT, *professeur.* / SCHWARTZ, NÉLATON, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT-DESSAIGNES
BAR	GILBERT	NETTER	RICARD
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef des travaux anatomiques	ROBIN (Albert)
BRISSAUD	HANOT	POUCHET	SCHWARTZ
BRUN	HUTINEL	QUENU	SEGOND
CAMPENON	JALAGUIER	QUINQUAUD	TUFFIER
CHANTEMESSE	KIRMISSON	RETTERER	VILLEJEAN
CHAUFFARD	LETULLE	REYNIER	WEISS
DEJERINE	MARIE		
	MAYGRIER		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR ATTIMONT

Médecin des hôpitaux de Nantes

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS

A l'École de médecine de Nantes

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

Des hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES TUMEURS MALIGNES SECONDAIRES DE L'OMBILIC

INTRODUCTION

Pendant le cours de notre internat dans le service de M. le professeur Heurtaux de Nantes, nous avons eu l'occasion d'observer une malade atteinte d'un néoplasme secondaire de l'ombilic.

Ce cas nous présentait d'autant plus d'intérêt que nous avions à nos côtés, pour diriger nos recherches, M. le Dr Attimont, médecin des hôpitaux de Nantes. A notre prière, il examina cette malade avec le plus grand soin, et lorsqu'elle succomba notre cher Maître voulut bien assister à l'autopsie.

C'est dans ces circonstances qu'il nous a suggéré l'idée de ce travail pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Notre but n'est pas d'embrasser l'étude complète des tumeurs secondaires de l'ombilic : la plupart de ces affections sont bien connues aujourd'hui, et les nombreux tra-

vaux publiés dans ces trente dernières années ont répandu la lumière sur un grand nombre de points jadis mal élucidés.

Nous voulons seulement, après M. Attimont, attirer de nouveau l'attention sur quelques points particuliers du cancer secondaire de l'ombilic, et présenter quelques remarques sur la forme la plus intéressante au point de vue clinique.

Nous ajouterons un cas de sarcome secondaire de l'ombilic, que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer pendant nos vacances dans le service de M. le D[r] Boiffin, professeur à l'école de médecine de Nantes. Nous le rapprocherons en terminant de nos autres observations.

Notre travail sera bien facilité par celui de notre Maître. Maintes fois nous avons mis à contribution, et dans une large mesure, les remarques si complètes qu'il a déjà publiées sur cette intéressante question.

Nous apportons seulement un petit nombre d'observations, mais la rareté relative des cas de cancer secondaire de l'ombilic sera notre meilleure excuse.

Comme plan général, nous nous sommes arrêté au plus simple, et nous avons cru devoir adopter l'ordre suivant :

Dans un premier chapitre, après avoir donné un court aperçu de la région ombilicale et de l'ombilic, nous insisterons sur certaines particularités anatomiques de la ligne blanche et de l'anneau, sur la disposition des lymphatiques et la structure du péritoine en général.

Nous consacrerons le second chapitre à l'historique du cancer de l'ombilic : nous donnerons une analyse très sommaire des travaux publiés jusqu'à ce jour.

Nos observations feront l'objet du troisième chapitre.

Nous étudierons dans le quatrième chapitre la pathogénie et l'anatomie pathologique de celle des formes du cancer secondaire de l'ombilic qui semble présenter le plus d'intérêt pour la clinique.

L'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et la marche seront décrits au cinquième chapitre.

Enfin, nous traiterons dans un sixième et dernier chapitre le pronostic et le traitement.

Et maintenant, qu'il nous soit permis d'adresser à notre cher Maître, M. le Dr Attimont, médecin des hôpitaux de Nantes, l'expression de notre profonde gratitude, pour le bienveillant intérêt qu'il nous a témoigné depuis que nous travaillons sous sa direction. Après nous avoir suggéré l'idée de ce travail, il a été notre guide, et par ses savants et précieux conseils nous a souvent tiré d'embarras.

Nos recherches histologiques ont été faites au laboratoire de M. le professeur A. Malherbe, auquel nous gardons un reconnaissant souvenir pour le bon accueil qu'il nous a fait, pour l'obligeance avec laquelle il nous a prodigué ses conseils et aidé dans l'examen de nos préparations microscopiques. Nous ne saurions trop le remercier en cette circonstance pour les excellentes leçons que nous avons toujours reçues de lui.

Un devoir bien doux à remplir nous reste encore, celui d'exprimer notre gratitude à nos premiers Maîtres, MM. les Professeurs de l'École de plein exercice de médecine de Nantes, MM. les Médecins et Chirurgiens des hôpitaux de Nantes, pour les excellents préceptes que nous avons

puisés à leur enseignement pendant le cours de nos études médicales.

N'est-il pas juste aussi que nous assurions de notre reconnaissance, notre cher collègue et ami, M. U. Monnier, interne des hôpitaux de Nantes, pour l'observation qu'il a bien voulu mettre à notre disposition, et le zèle avec lequel il nous a secondé dans nos recherches histologiques.

Que M. le professeur Guyon veuille bien agréer l'expression de nos sentiments les plus respectueux et de notre plus vive gratitude pour l'honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

I

REMARQUES SUR L'ANATOMIE DE L'OMBILIC ET SUR QUELQUES POINTS DE LA STRUCTURE DU PÉRITOINE.

Un chapitre d'anatomie de l'ombilic, au début de ce travail, peut paraître superflu, après l'étude magistrale qui en a déjà été faite par des anatomistes de la compétence de Bérard, Velpeau, M. Richet... Oui, sans doute, si notre intention était d'aborder l'anatomie complète de l'ombilic, et d'entrer dans des détails sur la superposition des couches de la région, le resserrement de l'anneau, la manière dont se fait la chute du cordon, etc. Mais nous désirons seulement considérer l'ombilic chez l'adulte, et insister sur quelques particularités de la structure du péritoine utiles pour l'intelligence parfaite du sujet. Le reste sera esquissé à grands traits.

Chez l'adulte, l'ombilic occupe le centre de la paroi abdominale antérieure. Il est formé, en allant de la périphérie vers le centre :

I. — Par un bourrelet cutané, en général circulaire, se continuant avec les téguments voisins par la partie externe, s'affaissant, au contraire, brusquement en dedans : nous l'appellerons le bourrelet cutané ombilical.

II. — Au pied du bourrelet existe un sillon de même forme que le bourrelet et qu'on pourrait désigner sous le nom de sillon ombilical.

III. — Le sillon circonscrit une petite éminence, sorte de mamelon blanchâtre et très dur.

IV. — Au centre de ce mamelon se trouve la cicatrice proprement dite, variable dans sa forme, froncée et déprimée, au fond de laquelle vient aboutir un cordon fibreux qui traverse une ouverture, dite anneau ombilical.

D'avant en arrière, l'ombilic est constitué par les plans suivants : la peau, l'anneau ombilical, le péritoine.

La peau est particulièrement fine en cette région, dépourvue au niveau de la cicatrice de son *fascia superficialis*, et de la couche graisseuse sous-cutanée.

La structure anatomique de l'anneau ombilical nous intéresse tout spécialement. C'est un véritable anneau fibreux constitué aux dépens de la ligne blanche, et formé par l'entrecroisement des aponévroses abdominales sur la ligne médiane. M. le professeur Richet (1) va nous dire comment se fait cet entrecroisement : il n'a pas lieu fibre à fibre, mais bien au moyen de faisceaux aplatis et rubanés, qui se nattent avec ceux du côté opposé, laissant dans le point où se fait l'entrelacement de petits intervalles lozangiques ou irrégulièrement quadrilatères, dans lesquels s'engagent des vaisseaux, des nerfs et quelquefois du tissu graisseux. Si l'intervalle est plus considérable, les bandelettes sont plus larges, et celles qui circonscrivent l'anneau ombilical, qu'on pourrait à la rigueur considérer comme une de ces ouvertures très élargies sont très prononcées.

1. Richet. *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 4e édit., 1873, p. 365.

C'est à Thompson que revient l'honneur d'avoir démontré le premier, en 1838, par des dissections minutieuses, que le contour fibreux de l'anneau ombilical est formé par l'entrecroisement d'assez gros rubans fibreux aplatis dépendant des aponévroses abdominales.

Nous n'avons pas à insister sur le contour fibreux de l'anneau considéré du côté de sa face cutanée, et nous signalerons seulement l'adhérence de la peau et du *fascia superficialis*, surtout à la partie inférieure.

Etudié par sa face profonde, après avoir enlevé le péritoine et le tissu fibreux qui le double, l'anneau paraît formé par « deux faisceaux de fibres curvilignes, demi-circulaires, qui, après avoir parcouru le supérieur, la moitié supérieure de l'ouverture ombilicale, l'inférieur la moitié correspondante, s'entrecroisent aux deux extrémités du diamètre transversal pour se perdre insensiblement sur la face postérieure des aponévroses abdominales qui forment la ligne blanche, et dont ils sont indépendants » (Richet).

Maintenant, nous examinerons avec intérêt les rapports du contour de l'anneau ombilical avec le cordon fibreux qui aboutit à la face profonde de l'ombilic. Vestige des éléments qui pendant la vie intra-utérine établissaient des rapports vasculaires entre la mère et le fœtus, ce cordon est formé en bas par l'ouraque et les artères ombilicales, en haut et à droite par la veine ombilicale, oblitérées et soudées intimement entre elles, et avec le derme au moyen d'une cicatrice, la cicatrice ombilicale.

Mais, d'après M. Richet, ce ne sont pas seulement les

artères ombilicales, la veine et le derme qui contractent ainsi adhérence, le pourtour de l'anneau ombilical lui-même y participe dans la moitié inférieure de sa circonférence, la moitié supérieure restant, sinon tout-à-fait libre, du moins assez faiblement unie à la veine, ainsi que l'ont constaté Blandin et Velpeau. Des recherches attentives et multipliées lui ont démontré que non-seulement ces adhérences de la veine à la partie supérieure de l'anneau étaient très faibles dans les premières années de l'existence, mais qu'elles semblaient même diminuer par les progrès de l'âge, en sorte que chez les adultes, lorsque, après avoir détaché le péritoine et le plan fibreux qui le double, on glisse un stylet le long de la paroi supérieure de la veine ombilicale, on le fait pénétrer sans résistance jusque sous la peau, immédiatement au-dessus de la cicatrice ombilicale.

Dans son passage, le stylet déplace presque toujours un petit peloton adipeux, qui occupe, entre la circonférence supérieure et l'anneau de la veine, l'espace dépourvu d'adhérences, et cette boule adipeuse, qui est tout à fait sous-cutanée, se continue avec un tissu graisseux abondant qu'on rencontre autour de la veine ombilicale, dans la gouttière ombilicale. Nous verrons l'importance de cette communication celluleuse entre le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu cellulaire sous-péritonéal.

En résumé donc, les trois quarts inférieurs de l'ouverture ombilicale sont occupés et solidement fermés par un noyau fibreux résultant de la fusion des artères, de la veine ombilicale et de l'ouraque : le quart supérieur, perméable durant toute l'existence, est occupé par un

tissu graisseux sans grande connexion avec la veine et le contour fibreux. Nous n'avons pas à nous occuper ici des causes de cette disposition.

Il nous reste maintenant à examiner les rapports du péritoine avec l'ombilic. D'après l'éminent anatomiste déjà cité, vis-à-vis la cicatrice ombilicale, le péritoine n'offrirait pas une adhérence aussi intime que l'ont prétendu certains auteurs, et grâce à l'interposition d'une couche de tissu cellulaire très mince, on peut même le faire glisser sous les parties sous-jacentes. De plus, et dans la partie seulement qui avoisine l'anneau, le péritoine serait doublé par une lamelle fibreuse, le *fascia umbilicalis*. Entre ce dernier, la face postérieure de la ligne blanche abdominale et le bord interne des muscles droits se trouve la gouttière ombilicale « espace dans lequel s'insinue, à quatre ou cinq centimètres environ au-dessus de la cicatrice ombilicale, la veine de ce nom accompagnée d'une grande quantité de tissu cellulaire chargé de graisse » (Richet).

La veine est enveloppée dans un repli triangulaire du péritoine connu sous le nom de faux de la veine ombilicale.

La gouttière ombilicale nous intéresse, car sa paroi antérieure, formée par la face postérieure de la ligne blanche abdominale, présente ces *petits espaces lozangiques* dont nous avons parlé plus haut, dans lesquels s'engagent des vaisseaux et des nerfs, parfois de la graisse. Dans le courant de ce travail, il nous sera donné de constater l'importance de ces portes de passage des régions profondes vers les régions superficielles. La par-

tie inférieure de la gouttière ombilicale aboutit à la partie supérieure de l'anneau.

Etudions maintenant la disposition des vaisseaux lymphatiques de l'ombilic. Ils se divisent en lymphatiques superficiels et profonds : les uns et les autres sont sus ou sous-ombilicaux.

Les superficiels sous-ombilicaux partent de l'ombilic et des téguments qui recouvrent l'aponévrose du grand oblique et descendent en convergeant vers les ganglions inguinaux supérieurs, dans lesquels ils se terminent ; les lymphatiques superficiels sus-ombilicaux, se rendent aux ganglions axillaires.

Les lymphatiques profonds sont très nombreux dans le tissu sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure, notamment au niveau de la partie médiane. Leur confluence autour de l'ombilic est très remarquable. Les vaisseaux sous ombilicaux vont aboutir aux ganglions iliaques, et ceux qui sont situés au-dessus de l'ombilic se dirigent vers le chapelet ganglionnaire rétro-sternal, ainsi que les lymphatiques de la partie antérieure du foie et du diaphragme (1), et les vaisseaux lymphatiques intercostaux antérieurs sous-pleuraux (2).

Les lymphatiques ascendants de la face supérieure ou convexe du foie, ceux de la partie moyenne, inhérents au ligament suspenseur traversent le diaphragme derrière l'appendice xyphoïde, pour se rendre dans un ganglion situé au devant de la base du péricarde : ils se dirigent

1. Sappey. *Anat. descrip.*, 3e éd. 1876. Tome 2, p. 865 et 866.
2. Cruveilhier. *Anat. descrip.*, 3e éd. Tome 3, p. 168.

ensuite vers les lymphatiques mammaires internes et se terminent avec ces derniers dans le canal thoracique, près de son embouchure (Sappey, tome II, p. 852).

Avant de terminer ce chapitre d'anatomie il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil sur la structure histologique du péritoine.

Il se compose de fibres lamineuses disposées en faisceaux entrecroisés, et de fibres élastiques disposés en réseau. Sur les régions où le péritoine est épais et résistant ces deux ordres de fibres se montrent très nombreuses : elles deviennent relativement rares sur celles où le feuillet viscéral est réduit à sa plus extrême minceur, comme sur les épiploons.

La couche fibreuse ou fibro-cellulaire constituée par ces fibres est recouverte sur sa face libre par un épithélium pavimenteux.

Certains auteurs attribuent au péritoine, comme à la plupart des séreuses, des vaisseaux lymphatiques, mais M. Sappey affirme qu'il ne possède aucun vaisseau de cet ordre, et ceux qui semblent en provenir naissent des parties sous-jacentes, auxquelles il importe de les restituer.

Parmi les adversaires de M. Sappey sur ce point, nous trouvons Bizzozero et Salvioli (1), qui certifient avoir découvert des vaisseaux lymphatiques dans la couche fondamentale du péritoine, et limités à la couche de soutènement. MM. Robin et Cadiat (2), d'accord avec ces deux

1. Bizzozero et Salvioli : *Centralb. f. méd.*, nº 42, 1877.

2. Robin et Cadiat. *Journ. anat. et phys.*, 1876. *Dict. Encycl. Sc. méd.*, 1881, « *lymphatiques* ».

anatomistes, font néanmoins observer leur rareté extrême et l'immense difficulté de les injecter dans le péritoine pariétal.

Nous verrons, au chapitre de l'anatomie pathologique, l'importance de cette différence énorme dans la richesse en lymphatiques, entre le péritoine et le tissu sous-péritonéal.

II

HISTORIQUE.

Dès les temps les plus reculés, Socrate et A. C. Celse (1), au chapitre des affections de l'ombilic, nous parlent de la production à ce niveau d'une chair tantôt saine, tantôt carcinomateuse.

Ces remarques exceptées, la véritable histoire des tumeurs cancéreuses de l'ombilic date du XVIIe siècle, car c'est seulement en 1646 que, pour la première fois, Fabrice de Hilden (2) en signale une observation chez un jeune homme de 25 ans.

Un second cas fut publié en 1756 par Civadier (3), dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles.*

En 1827, P. H. Bérard, à l'article *Ombilic* du dictionnaire en 30 volumes, après quelques mots d'historique, n'ajoute qu'une observation personnelle aux deux précédentes. Il est vivement porté à croire qu'on a confondu sous le nom de « Sarcomphales », de simples tumeurs graisseuses avec de véritables cancers.

1. In th. Villard, 1886.
2. Fabrice de Hilden. *Observationes chirurgicæ*, centur 5, obs. 62, p. 452, Francfort-sur-le-Mein, 1646.
3. Civadier. *Journal de méd., de chir. et de pharmacologie de Bruxelles*, t. IV, p. 374.

Le lieu d'élection du néoplasme attire son attention, il recherche les causes de cette prédilection du cancer pour l'ombilic, et croit que s'il y est plus fréquent que dans le reste de la paroi abdominale, c'est que la partie où le cordon était attaché offre des conditions de structure toutes spéciales, et qui ne se rencontrent en aucun point de la région.

Boyer, en 1849, dans le *Traité des maladies chirurgicales*, consacre un chapitre aux tumeurs de l'ombilic.

Douze ans plus tard, en 1857, Nélaton (1) se borne à signaler les trois cas relatés par P. H. Bérard, suit les mêmes errements que ses devanciers, et continue à confondre sous le nom de cancers les myxomes, les sarcomes, les épithéliomes, en un mot toutes les tumeurs malignes de l'ombilic. Aucune observation personnelle n'est consignée dans son travail, bien qu'il en ait vu plusieurs exemples.

La sagacité de cet observateur éminent fit néanmoins avancer d'un pas l'étude clinique de ces tumeurs, car le premier il découvrit que le cancer ne se bornait pas seulement à la cicatrice ombilicale, mais encore que le pédicule se prolongeait dans l'anneau, et qu'arrivé à la face interne de la paroi abdominale, il s'épanouissait en dedans, envahissant le tissu cellulaire sous-péritonéal et le péritoine. Nélaton comparait ingénieusement les masses cancéreuses à un « *bouton de chemise* » dont la partie étranglée correspondrait à l'anneau ombilical.

Ces remarques judicieuses, auxquelles des observations

1. Nélaton, 1857. *Elém. de path. chir.*, t. IV. p. 525.

consécutives ont donné une éclatante confirmation, allaient bientôt faire subir des modifications profondes au chapitre du cancer de l'ombilic considéré jusque-là par tous comme limité à la cicatrice.

En outre, la chirurgie des tumeurs ombilicales devait changer de face, et, sans nier l'existence de cancers bornés à la cicatrice, chacun devait se tenir en garde désormais contre une erreur, dont un traitement inefficace ou plutôt nuisible fût devenu la trop funeste conséquence.

Cette remarque de Nélaton tranchait-elle toute difficulté, et les indications de l'intervention chirurgicale devenaient-elles infaillibles et précises ? Assurément non, car aucun signe pathognomonique ne permettait de reconnaître jusqu'à quel point la dégénérescence envahissait la face interne de la paroi abdominale, et, si pour le diagnostic la perte de souplesse des téguments qui entourent l'ombilic, et même de toute l'épaisseur de la paroi devait entrer sérieusement en ligne de compte, ce n'était pas assez pour prendre une décision en maintes circonstances.

Hue et Jacquin, en 1867, publient une observation des plus intéressantes d'un cancer colloïde de l'ombilic. La paroi abdominale antérieure et la vessie étaient envahies par le néoplasme.

En juin 1870, trois nouveaux cas font l'objet d'une communication de Demarquay à la Société Impériale de chirurgie.

Le Dr Ernst Küster (1), dans son mémoire de

1. Kuster: *Archiv. fur. Klinische chirurgie.*

1874, rapporte un cas de cancer primitif de l'ombilic observé par Wilms.

Citons pour mémoire l'article du *Dictionnaire* de M. Jaccoud : quelques lignes seulement y sont consacrées aux tumeurs de l'ombilic.

Blum, dans les *Archives générales de médecine* (1876), relate, entre autres observations, celles de Storer (1), de Hue et Jacquin, Demarquay, Wulckow (2), d'Heilly, de M. le professeur Richet et de Dolbeau. Tandis que Bérard considère la structure de l'ombilic comme une cause prédisposante au développement des cancers, que Waldeyer (3), de son côté, attribue leur production à la végétation des cellules épithéliales englobées dans la cicatrice ombilicale, Blum trouve une explication plus rationnelle de leur apparition à ce niveau, dans ce fait que les cicatrices sont souvent le siége du carcinome, surtout lorsqu'elles sont soumises à des irritations répétées. « La malpropreté, les corps étrangers, les accumulations de sébum s'observent fréquemment à l'ombilic et deviennent ainsi une cause prédisposante de grande valeur. » L'auteur admet néanmoins que bien souvent les cancers de l'ombilic se développent conjointement ou consécutivement à une affection d'un des viscères abdominaux.

Ces observations multipliées, des recherches microscopiques nombreuses ont été le point de départ d'un enseignement nouveau. Bientôt on reconnut que le cancer primitif etait rare à l'ombilic.

1. Storer : *Bost. méd. and surg. Journal*, 1864.
2. Wulckow : *Berl. méd. Woch.*, XII, 1875.
3. Waldeyer : Volkmann, *Samlung*, *Klin. Vortrage*, n° 33.

Alors, l'idée seulement d'un cancer de l'ombilic suffit pour évoquer sur-le-champ celle de néoplasme secondaire : ces tumeurs deviennent un *noli me tangere* pour tous les chirurgiens, à moins que l'examen approfondi de tous les organes abdominaux ne permette d'écarter jusqu'au plus léger soupçon.

Catteau, dans sa thèse de 1876, considère la présence d'un cancer de l'ombilic comme un moyen de diagnostic puissant, un signe révélateur des tumeurs viscérales profondes. Le professeur Lorain (1) attirait l'attention de ses élèves sur ce point, quand, en présence d'une malade atteinte de cancer de l'utérus et de carcinome secondaire de l'ombilic accompagné de ganglions durs et tuméfiés au pli de l'aîne, il mettait en parallèle la tumeur ombilicale et les tumeurs ganglionnaires, comparant l'ombilic à un véritable ganglion lymphatique.

Devant ces faits, Catteau, son élève, se croit autorisé à poser la conclusion suivante : dans les cas de péritonite cancéreuse, on peut voir survenir une induration de l'ombilic avec ou sans ulcération, et comme corollaire, toutes les fois qu'il existera une induration ou une ulcération ombilicale, il faudra songer à la péritonite cancéreuse.

En 1878, M. le professeur Duplay, dans son *Traité de Pathologie Externe* signale quelques observations importantes de cancer de l'ombilic, notamment les cas de Wulchow, de d'Heilly, de Dolbeau et Demarquay.

Chuquet (2), M. Nicaise dans l'article du *Dictionnaire*

1. Lorain : In th. Catteau 1876.
2. Chuquet, Th. Paris, 1879.

Encyclopédique, Codet de Boisse (1) augmentent par leurs travaux les connaissances médicales sur le cancer de l'ombilic.

M. Després, la même année, communique une observation à la Société de chirurgie.

M. le professeur Guyon a publié un cas nettement prouvé d'épithéliome primitif de l'ombilic.

Nous ne dirons rien de l'étude d'ensemble des tumeurs de l'ombilic chez l'enfant, faite par M. le professeur Lannelongue : elle n'a pas trait à la question dont nous nous occupons. MM. Poulet et Bousquet, dans leur *Traité de Pathologie externe* (1885), ne signalent rien non plus qui nous intéresse.

M. Villar (2), s'inspirant des travaux antérieurs et d'observations récentes et même inédites, met au jour un vrai travail d'ensemble où sont réunis des cas de tumeurs de l'ombilic de tous les âges. Nous trouvons tracée dans sa thèse mémorable l'histoire du cancer secondaire de l'ombilic, et bien établis les rapports qui existent entre ce néoplasme et celui des viscères intra-abdominaux.

Au professeur Damaschino en revient l'honneur. C'est lui, nous dit M. Villar, qui en 1879, après avoir observé trois cas de cancer de l'estomac accompagnés de cancer de l'ombilic, a cherché à établir les relations qu'il pourrait y avoir entre ces deux manifestations, tant au point de vue de la pathogénie, qu'au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

1. Codet de Boisse, Th. Paris, 1883.
2. Villar, Th. Paris, 1886.

Il n'est pas inutile de connaître ses réflexions et ses conclusions :

« Les deux observations qui me sont personnelles, dit le professeur Damaschino, et les faits que j'ai pu rassembler dans les divers travaux que j'ai consultés, me semblent démontrer que dans un certain nombre de cas il peut se développer des tumeurs cancéreuses secondaires de l'ombilic. Bien qu'il soit impossible d'apprécier, quant à présent, la fréquence relative de ces faits, ils me semblent comporter un enseignement clinique d'une réelle valeur. Le développement d'une tumeur semblable survenant chez un malade atteint d'une affection abdominale à caractères mal dessinés, devra être pris en sérieuse considération, ou s'il n'est pas possible d'en tirer une conséquence au point de vue du siége primitif de l'affection (on se rappelle que dans un des cas que j'ai rapportés, il s'agissait d'un cancer stomacal, et dans l'autre d'un épithélioma du côlon transverse), du moins l'existence même d'un cancer viscéral sera rendu très probable; et comme dans tous les faits connus jusqu'à ce jour et dont l'observation a été complète, le péritoine et divers organes présentaient des lésions multiples, on pourra considérer comme une éventualité presque assurée la généralisation du cancer. On le voit donc, la manifestation que je viens de décrire a une grande importance, non pas seulement pour la précision du diagnostic, mais encore au point de vue de la prognose elle-même, puisqu'une terminaison fatale et en général prochaine est la conséquence de la généralisation des lésions cancéreuses.

« Il me paraît donc légitime de tirer des faits que je viens d'exposer les conclusisns suivantes :

1° « Le cancer secondaire de l'ombilic peut être la conséquence d'une tumeur cancéreuse de l'abdomen; son degré de fréquence n'est pas encore bien établi.

2° « Ce cancer secondaire débute toujours par la face péritonéale de l'ombilic : il semble lié à la présence d'une péritonite cancéreuse et se développe peut-être le long du ligament suspenseur du foie.

3° « Cette manifestation a une grande importance au point de vue du diagnostic : elle permet de préjuger une mort certaine.

4° « Le chirurgien devra être très réservé dans le traitement local des tumeurs carcinomateuses de l'ombilic, et devra se souvenir qu'elles peuvent être consécutives à une affection cancéreuse d'un des viscères abdominaux, et dans cette éventualité toute ablation est absolument contr'indiquée. »

Une certaine période suivit la thèse de Villar sans études nouvelles, et à part le relevé de M. Feulard des cas publiés de fistules cancéreuses gastrocutanées, et spécialement gastro-ombilicales, à part l'observation de M. le professeur Tillaux (1), celles de M. Després (2) (épithélioma), de M. Déjerine (3) sur un cas d'épithélioma primitif de l'ombilic, les auteurs sont muets sur la question.

1. Tillaux. *Annales de Gynécologie*, 1887.
2. Villar. *Gaz. des hôpitaux*, 1890. . *Rev. gén.* du 15 mars.
3. Déjerine. *Bull. Soc. An.*, juin 1888.

Au mois de septembre 1888, M. le D[r] Attimont de Nantes, dans un intéressant travail intitulé : *Remarques sur le cancer de l'ombilic* (1), groupe par classes les cancers de l'ombilic, et présente quelques remarques sur celle des formes qui offre le plus d'intérêt pour la clinique.

Il nous donne en ces termes le résumé de la première partie de son travail : « En ce qui concerne l'histologie des cancers de l'ombilic, le carcinome primitif reste douteux ; parmi les épithéliomes primitifs, l'épithéliome pavimenteux a seul été observé à ce niveau. Un épithéliome cylindrique devrait donc faire penser à un cancer secondaire.

« Peut-on ajouter inversement qu'un épithéliome pavimenteux permet d'éliminer l'idée de cancer secondaire ? A la vérité, aucun cas d'épithéliome pavimenteux secondaire de l'ombilic n'est connu. Est-il permis de supposer qu'il puisse jamais s'en rencontrer ?

« Une objection vient immédiatement à l'esprit ; c'est l'extrême rareté de la généralisation de ce type d'épithéliome. Toutefois la réalisation de cette localisation secondaire peut légitimement se supposer. Le fait de M. Reboul (2) est très instructif en ce sens. Il s'agit d'un épithéliome pavimenteux de l'œsophage qui s'était généralisé au mésentère et au péritoine, et dès lors créait une possibilité à la manifestation ombilicale.

1. Attimont. *Gaz. méd. de Nantes*, 6[e] année, n° du 9 sept. 1888 et suivants.

2. *B. Soc. An.* Paris, 1877, p. 347.

« Quant aux tumeurs cancéreuses secondaires de l'ombilic elles peuvent se classer en quatre groupes :

1° « Cancer voisin intéressant l'ombilic à titre de contiguité.

2° « Cancer, de voisinage aussi, empruntant la voie d'une hernie ombilicale ou adombilicale.

3° « Cancer colloïde généralisé du péritoine, développé dans la paroi abdominale elle-même, mais évoluant à la façon d'une infiltration diffuse, plutôt que comme lésion spécifique, sur l'ouverture ombilicale ou les interstices adjacents.

4° « Cancer sous-péritonéal, développé de même dans la paroi abdominale, mais gagnant vers le dehors d'après une sorte de systématisation due à l'aptitude pathologique de certains éléments des tissus des interstices ambiants. »

La seconde partie de la publication de notre Maître présente quelques considérations cliniques sur le quatrième groupe du classement qu'il adopte. Notre but, on le sait, est d'insister avec lui sur certains points intéressants de l'étude du cancer sous-péritonéo-ombilical.

Pour être aussi complet que possible, nous dirons qu'au 17e congrès de la Société Allemande de chirurgie tenu à Berlin en 1888, M. Fischer de Breslau (1) avait opéré une malade de 52 ans d'une tumeur carcinomateuse de l'ombilic, secondaire à un cancer de l'estomac. La paroi antérieure de ce dernier fut enlevée et suturée. Cinq mois après la malade mourut.

1. Fischer : *Sem. méd.* du 11 avril 1888.

Signalons encore un article récemment publié par M. Villar (1) sur les tumeurs de l'ombilic. Nous n'y avons trouvé aucune remarque nouvelle importante.

Enfin dans une thèse sur le cancer rétro-péritonéal, M. Martial Piole (2) a relaté l'observation d'un malade de M. Hanot atteint de manifestations ombilicales secondaires. A l'incision de la peau, l'autopsie a révélé dans le pannicule adipeux des noyaux cancéreux du volume d'un pois, surtout au niveau de l'ombilic. Ces manifestations s'étaient probablement fait jour à l'extérieur par le processus que nous indiquons au chapitre de l'anatomie pathologique. A notre grand regret, cette observation n'offre pas de plus amples détails qui se rapportent au travail dont nous nous occupons.

1. Villar : *Des tumeurs de l'ombilic : Gaz. des Hôp.*, 15 mars 1890.

2. Piole : *Contribution à l'étude du cancer retro-péritonéal.* Th. Paris, 22 juillet 1890.

III

OBSERVATIONS.

Avant d'aller plus loin, nous croyons devoir exposer ici les observations sur lesquelles repose ce travail. Leur étude approfondie, avec autopsie et examen microscopique, du moins pour deux d'entre elles, nous permettra de préciser ensuite la pathogénie, l'évolution, la symptomatologie, le diagnostic, la marche, le pronostic et le traitement du cancer secondaire de l'ombilic.

Observation I (personnelle, inédite).

Marie X..., 51 ans, veuve, journalière, entrée dans le service de M. le professeur Heurtaux le 1er février 1890, lit n° 9, de la salle 21.

Antécédents héréditaires. — Rien d'anormal du côté paternel : signalons la mort de sa mère à 47 ans, atteinte d'un « abcès dans le ventre ». Cet abcès s'ouvrit dans le rectum et jusqu'au terme final les garde-robes demeurèrent purulentes, parfois sanguinolentes. Trois sœurs vivent encore : l'une d'elles, d'une santé languissante, souffre continuellement dans l'abdomen, dont le volume est considérablement augmenté.

Antécédents personnels. — Notre malade a toujours été d'une bonne santé. Elle se maria à 26 ans et n'eut jamais d'enfants, ne

fit jamais de fausses couches. La ménopause est survenue il y a 5 ans : durant toute son existence la menstruation fut toujours très régulière.

Pour la première fois seulement, il y a 15 mois environ, elle s'aperçut que son ventre augmentait de volume, au niveau de la fosse iliaque droite « c'était comme une boule qui grossissait », avec sensation de gêne, de pesanteur dans le ventre plutôt qu'une douleur véritable. A la même époque l'appétit diminua, elle avait de l'anorexie, des digestions difficiles, lentes et incomplètes, accompagnées de nausées, de pyrosis, de vomissements. Elle remarqua qu'elle maigrissait sensiblement.

En novembre 1889, elle ressentit des douleurs abdominales sous-forme de coliques au niveau de l'ombilic, dans les hypocondres, et ces douleurs étaient tantôt sourdes et gravatives, tantôt vives et lancinantes. De plus des envies fréquentes d'aller à la garde-robe la tourmentaient : les déjections alvines étaient striées de sang, mélangées de substances glaireuses et purulentes. La quantité de pus écoulé à chaque fois était très variable.

Peu à peu le mal progressait : le ventre devenait plus volumineux, les douleurs plus fréquentes et plus vives, avec irradiation, tantôt dans les lombes, le dos, les épaules, tantôt dans le bas-ventre, la région inguino-crurale, les membres inférieurs. Les vomissements plus opiniâtres s'opposaient à toute alimentation, l'inanition croissait, la cachexie s'accentuait.

Etat actuel. — A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 1er février 1890, l'état général est déjà mauvais. Le visage exprime la souffrance, les yeux sont excavés, le regard languissant, la peau présente une teinte bistrée. Chaque soir il y a un léger mouvement fébrile (37°,9 ; 38° ; 38°,5). Le pouls est petit, mais régulier, assez fréquent (88, 92, 100). Rien au cœur, si ce n'est un léger souffle anémique ; rien aux poumons, qui sont absolument sains.

Le ventre est augmenté de volume, sillonné de quelques vei-

nes bleuâtres, irrégulièrement développé, un peu étalé sur les flancs, mais globuleux au-dessus du pubis et dans la fosse iliaque droite.

La percussion permet de constater : une grande zone de matité comprenant la fosse iliaque droite, l'hypogastre, le flanc droit, le flanc gauche et la région ombilicale : une zone de submatité dans la fosse iliaque gauche, et de la sonorité gastro-intestinale à l'épigastre et dans les hypocondres.

Les changements de position modifient la zone de matité : à gauche elle disparaît quand la malade se couche sur le côté droit ; il n'en est pas ainsi pour le côté droit où rien ne change, que le décubitus soit dorsal ou latéral gauche. Il y a un peu d'ascite, sans œdème des jambes.

L'absence de météorisme facilite l'exploration par le palper. Quand on déprime l'abdomen profondément, la main tombe sur des masses solides, dures, résistantes, irrégulières et bosselées, dont le volume se rapproche sensiblement du poing d'un adulte. Le siége de cette tumeur paraît être au niveau de la valvule iléo-cœcale, et l'état muco-purulent, sanguinolent, des garde-robes, plaide en faveur de la localisation de la tumeur dans l'intestin.

Ce qui frappe surtout, et nous devons insister sur ce point, c'est l'ombilic saillant, arrondi, du volume d'une noix, couleur violet foncé presque ardoisée, de consistance très ferme. La peau qui le recouvre n'est susceptible d'aucun glissement. Lorsqu'on soulève le mamelon ombilical en pinçant son pédicule, on le sent rattaché à des plaques profondes par un cordon induré. Le début de la tumeur ombilicale date de novembre 1889.

Un détail, noté dans presque toutes les observations et que nous trouvons ici, c'est la mobilité de l'ombilic et de la paroi abdominale sur les plans sous-jacents.

Dans l'aîne gauche nous trouvons un ganglion engorgé, dur, du volume d'une noisette, complétement indolore. Pas d'adénite inguinale droite, ni de ganglions axillaires.

Le toucher vaginal nous permet de constater que la muqueuse est saine, onctueuse, sans la moindre altération. Le col est petit, conique, lisse et régulier, mais légèrement descendu, veut-on le repousser en haut, on perçoit une résistance qui n'est pas due sans doute à une tumeur développée dans l'utérus, mais en arrière et à droite. Par les culs-de-sac on touche du doigt les parties résistantes sans arriver à circonscrire des masses nettement lobulées. Le cul-de-sac antérieur est libre, les culs-de-sac postérieur et latéral droit sont effacés en partie, déprimés par une tumeur dure, ferme, grosse comme le poing ; le cul-de-sac latéral gauche n'offre rien d'anormal.

Jamais la malade n'a éprouvé de pertes de sang d'origine utérine. L'affection néoplasique paraît localisée dans les parties postéro-latérales du petit bassin avec empiétement dans la fosse iliaque droite.

Sans être muré, l'utérus est moins mobile qu'à l'état sain, enclavé par sa face postérieure et son fond dans une tumeur.

Cette tumeur, également accessible par le rectum est bosselée, et la cloison recto-vaginale épaissie, paraît comme infiltrée. Néanmoins, la muqueuse rectale est saine, sauf en un point, situé à environ 8 ou 10 centimètres de l'anus. Ce point est déprimé en cupule, frangé sur les bords ; on y peut introduire la première phalange de l'index. Par ce trajet fistuleux, s'écoule de temps à autre un peu de pus sanguinolent.

Diagnostic. — Néoplasme malin probablement de l'intestin et du péritoine. Néoplasme secondaire de l'ombilic.

19 février. — Etat de plus en plus grave ; nausées, vomissements, fièvre le soir (38°,8), faiblesse excessive, amaigrissement très marqué, délire nocturne, léger œdème cachectique des membres inférieurs, augmentation de l'ascite.

22 février. — La malade tombe dans une somnolence presque continuelle, les traits s'altèrent, le pouls devient petit, filiforme, l'état comateux se prolonge, et on peut à peine la tirer de l'assou-

pissement profond dans lequel elle est plongée. Mort le 5 mars 1890.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité péritonéale s'écoulent environ deux litres d'un liquide ascitique verdâtre et même purulent dans les couches profondes.

Le péritoine est très épaissi, et toute la masse intestinale englobée dans des fausses membranes, surtout à droite.

L'intestin fendu à l'entérotome dans toute sa longueur ne présente de pathologique que le pertuis, situé dans le rectum, à 10 centimètres de l'anus, constaté par le toucher rectal du vivant de la malade, et mettant en communication directe cette partie du gros intestin avec une cavité purulente. En ouvrant ce pertuis sur la sonde cannelée, et suivant la fistule qui le continue, on arrive après 3 ou 4 centimètres de parcours dans une poche remplie d'un pus sanieux, demi-liquide, gris-rougeâtre, cette poche est elle-même située au centre d'une tumeur grosse comme le poing, occupant le méso-cœcum, adhérente au fond et à la paroi postérieure de l'utérus (col non compris), englobant l'ovaire et la trompe du côté droit. A la coupe, l'aspect de cette masse est gris-rougeâtre, elle est dure et résistante par endroits, criant sous le scalpel, et ramollie en d'autres points, surtout au centre.

Au niveau de l'isthme de l'utérus, la tumeur paraît se continuer avec le tissu utérin : il y a, en outre, près de la paroi postérieure de cet organe, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal un ganglion très dur du volume d'une petite noix.

Signalons en passant quelques fibrômes parenchymateux, et sous-péritonéaux, énucléables, gros comme des noisettes et au nombre de quatre ou cinq. Ces tumeurs ne pouvaient être accessibles au toucher, ou du moins isolables, car elles se confondaient avec la masse néoplasique.

La cavité utérine, le col utérin, le vagin, les reins, l'estomac, le foie, le pancréas, les poumons, le cœur et le cerveau n'offrent rien de particulier.

La rate dure, un peu diminuée de volume, crie sous le scalpel. L'ovaire gauche est kystique, et la trompe correspondante entourée de brides celluleuses.

Le point de départ du néoplasme, difficile à préciser, a pu être le tissu rétro-péritonéal (1), ou le gros intestin, ou l'utérus, ou l'ovaire, ou la trompe. De l'un de ces points la propagation a dû se faire par les lymphatiques sous-péritonéaux jusqu'à l'ombilic, à l'examen duquel nous allons procéder.

Extérieurement il est gros comme une noix, dur, violacé, saillant, et la peau qui le recouvre ne permet aucun glissement. L'incision laisse écouler de quatre à cinq grammes d'un liquide très épais et gris rougeâtre ; on voit aussitôt l'ombilic s'affaisser et diminuer de moitié.

Le tissu friable qui forme la tumeur ombilicale se continue par la partie supérieure de l'anneau, et réunit le noyau extérieur à un noyau profond sous-séreux gros comme un haricot.

Un second noyau sous-séreux, égal en volume au premier, est situé en haut et à droite de la cicatrice ombilicale.

Des traînées de lymphangite néoplasique suivent la face postérieure de la paroi abdominale, passent dans le thorax et aboutissent à un petit ganglion rétro-sternal, situé dans le tissu souspleural, sur l'un des bords du sternum, près du commencement du sixième cartilage costal gauche.

Examen histologique. — Nous avons pratiqué des coupes histologiques sur l'utérus, le ganglion utérin, la tumeur du mésocœcum, l'ombilic, les ganglions sous-ombilicaux profonds, le ganglion rétro-sternal, le ganglion inguinal, le tissu entourant la veine ombilicale, et l'examen de nos préparations nous a révélé la présence d'un épithéliome cylindrique. M. le professeur A. Malherbe de Nantes a confirmé ce diagnostic.

1. Piole : Th. Paris du 22 juillet 1890.

L'observation suivante, non moins complète que la nôtre, a déjà été publiée par M. le Dr Attimont.

Observation II

Femme de 53 ans, blanchisseuse, entrée le 23 août 1885, à l'Hôtel-Dieu, salle 18, n° 3.

Bonne santé jusqu'à il y a 3 mois. A cette époque, la partie supérieure du ventre, dans une chute, porta sur le bord d'un baquet, et d'après la malade, ce fut le point de départ de douleurs, qui n'ont pas cessé depuis ce moment, vers l'hypocondre gauche et la région ombilicale.

A son entrée, dégoût, digestions laborieuses, vomissements alimentaires fréquents à la suite des repas, teint pâle, un peu jaunâtre, expression de fatigue, — il y a de l'amaigrissement depuis quelques semaines, et un affaiblissement très marqué, — un peu d'œdème aux membres inférieurs. A la palpation, ventre sensible vers l'hypocondre gauche, résistance dans cette région et vers le flanc, — nulle part de tumeur profonde, ni hématémèse ni mœléna : tendance à la constipation.

Dans la région ombilicale, le doigt rencontre deux petits nodules, à peu près de même volume, celui d'un grain de blé, durs, indolents ; la peau glisse à leur surface. Par contre, ils sont peu mobiles sur les plans fibreux sous-jacents auxquels ils semblent adhérer. L'un de ces nodules occupe l'enfoncement ombilical à sa partie supérieure, touchant la partie gauche de son contour à ce niveau. L'autre est distinct du premier d'un travers de doigt à peine, il est placé un peu plus haut et à gauche. La peau qui les sépare paraît normale ; on ne perçoit aucun tractus d'union entre eux, et les mouvements imprimés à l'un de ces grains ne se communiquent pas à l'autre.

La malade, du reste, ignorait leur existence. Les symptômes précédents font porter comme probable le diagnostic cancer de l'estomac, avec néoplasies secondaires ombilicales et adombilicales.

A la suite d'un traitement symptomatique pendant trois semaines, les douleurs ayant diminué et les vomissements cessant, la malade quitte mon service.

Pendant ces trois semaines, les petites nodosités avaient grossi, avec tendance à se rapprocher l'une de l'autre, en s'étalant, et déjà le tissu sous-cutané semblait adhérer, car la peau ne glissait plus facilement à leur surface.

Deux mois et demi plus tard, cette malade est admise à la clinique chirurgicale, service de M. Heurtaux, salle 21.

Elle est très émaciée et souffre de violentes douleurs vers la région ombilicale, le flanc et la fosse iliaque du côté gauche. Ces douleurs sont exaspérées par le palper abdominal, lequel perçoit une sorte de résistance entre l'hypocondre et la fosse iliaque, par comparaison avec la souplesse des mêmes régions de l'autre côté.

Au-dessus du ligament de Poupart, un peu de submatité et sensation d'un corps dur, très-limité. D'ailleurs, rien autre à la palpation profonde, notamment à l'épigastre.

Au lieu des deux petites nodosités de la région ombilicale, il existe maintenant une tumeur du volume d'une petite noix, occupant absolument la place de l'ombilic, tumeur indurée, un peu mamelonnée ; la peau y adhère intimement. Autour de la saillie extérieure on perçoit une résistance plus profonde qui la déborde surtout à sa partie supérieure ; cette partie semble intra-abdominale, mais ne doit pas adhérer aux organes, car la masse se meut facilement sous la pression des doigts.

Diagnostic. — Epithéliome de l'ombilic.

L'ablation en fut pratiquée quelques jours après l'entrée. Il n'y avait pas d'adhérences profondes.

Les suites de l'opération furent des plus simples et la cicatrisation était achevée au bout de quinze jours.

Mais les douleurs du côté de la fosse iliaque et au niveau de la région ombilicale persistèrent et s'accrurent même progressivement au point de causer une insomnie qui nécessita l'emploi de fortes doses de morphine.

Pas de vomissements depuis l'opération jusqu'à l'époque de la mort, constipation opiniâtre, refus des aliments, l'amaigrissement est extrême.

La paroi abdominale était devenue très déprimée, on percevait une résistance profonde, de plus, au toucher vaginal et rectal, bosselures utérines manifestes (Note de M. de Larabrie, chef de clinique du service).

Une hernie inguinale ancienne avait cessé de sortir, même dans les efforts, pendant la dernière période de la maladie.

Mort d'épuisement trois mois après l'opération.

Examen de la tumeur opérée. — Elle forme une masse compacte de tissu malade entourée de parties absolument saines. A la coupe, son tissu est blanchâtre ; il donne peu de suintement à la râclure du scalpel. La tumeur semble divisée en deux segments : le supérieur, profond, intra-abdominal, revêtu d'une surface lisse, l'inférieur répondant à la partie de la tumeur qui faisait saillie à l'ombilic. Entre ces segments existe une lame fibreuse ; des tractions les isolent l'un de l'autre au niveau de cette lame, en rompant une sorte de lien intermédiaire peu volumineux, et on voit alors un contour aponévrotique en forme de disque percé, seulement dans un point ; cette intersection fibreuse reste adhérente au segment profond, mais elle en est facilement isolable.

Histologiquement, épithéliome cylindrique. En dehors des cavités tapissées d'épithélium, avec aspect de culs-de-sac glandulaires, on trouve de longs boyaux remplis également de cellules

néoplasiques ; ils paraissent former des anastomoses ; ils résultent probablement de l'envahissement des voies lymphatiques. Çà et là, les cellules pathologiques se trouvent infiltrées au milieu de lobules adipeux dont elles écartent les éléments cellulaires propres, exactement comme dans le processus carcinomateux. Trame généralement très fibreuse ; de gros faisceaux sont bien colorés au carmin ; ailleurs tissu fibrillaire grisâtre, et, enfin, dans certains points, autour des cavités épithéliomateuses, tissu granuleux gris jaunâtre, qui paraît être du tissu élastique en voie de formation, à l'instar également de ce qui s'observe dans le carcinome fibreux.

Au voisinage de la surface interne du péritoine proprement dit, on ne voit pas de cavités à épithélium cylindrique.

La membrane aponévrotique inter-segmentaire ne contient pas d'éléments pathologiques.

Autopsie. — Cancer ulcéré de l'estomac au niveau de la petite courbure, nappes indurées sur les faces antérieure et postérieure, au niveau desquelles les parois sont très épaissies ; ganglions de l'épiploon gastro-hépatique envahis par la dégénérescence cancéreuse, ainsi que les ganglions mésentériques et iliaques.

Nodosités à la surface des organes, notamment de l'utérus et du foie ; le ligament suspenseur renferme des masses cancéreuses entre ses lames ; le péritoine pariétal porte quelques plaques, surtout vers la partie médiane. L'épiploon contient des nodosités ; il est tendu et porté à gauche vers le flanc et la région iliaque. Point intéressant : deux noyaux, gros comme une noix, développés sur le bord inférieur du grand épiploon font adhérer ce bord au niveau de l'orifice interne du canal inguinal qu'ils obstruent, ce qui explique la disparition de la hernie dans les dernières semaines de la vie.

L'examen microscopique montre dans toutes ces productions le type épithéliome cylindrique.

Dans l'observation III (ci-après), il s'agit d'un cancer de l'estomac qui intéressait la petite courbure de l'organe. En outre, le malade était porteur de tumeurs ombilicales et pré-thoraciques. Histologiquement la néoplasie stomacale était un carcinome. Il est regrettable que l'examen microscopique n'ait pas porté en même temps sur les tumeurs de l'ombilic et du thorax.

Nous considérons néanmoins que cette observation présente assez d'intérêt pour prendre place à la suite des deux précédentes.

Observation III

Par M. Mirallié, interne du service (*Gazette médicale de Nantes*, nº du 9 septembre 1888).

L. G..., 45 ans, scieur de long, entre le 22 novembre 1886, salle 9, nº 10.

Aucun antécédent, ni personnel, ni héréditaire.

Depuis un an ce malade est sujet à des vomissements. Ces vomissements d'abord ne se montraient qu'après le premier repas, aujourd'hui ils suivent toute ingestion. Il n'y a jamais eu cependant ni hématémèse, ni mélœna. Les selles sont normales. Il y a trois mois il fut obligé d'interrompre son travail par suite des vomissements et de l'affaiblissement. Il ne supporte que les viandes blanches.

L'aspect n'a rien de cachectique ; le visage est rouge, coloré, le pouls plein, mais depuis trois mois, l'amaigrissement a fait de rapides progrès, perte de 24 livres (126 au lieu de 150). On constate une douleur assez vive au creux épigastrique, douleur qui s'étend en bas jusqu'à 4 travers de doigt au-dessous de l'appen-

dice xyphoïde, et à gauche le long du rebord costal, jusqu'à 5 centimètres de la ligne blanche. La palpation y révèle en outre une surface résistante et la percussion donne de la matité. Le ventre est tendu, sensiblement ballonné, rénitent. Le foie est très légèrement hypertrophié, la rate normale.

A la partie gauche et supérieure de l'ombilic on trouve une petite tumeur grosse comme un haricot. La peau n'y est pas adhérente, mais cette tumeur semble attachée aux plans sous-jacents, bien que mobile, dans une certaine mesure. Ainsi on peut la refouler en haut et à droite, mais il est très difficile de la pousser en bas et à gauche. Cette tumeur dure et douloureuse ne serait apparue, d'après le dire du malade, que depuis deux jours. Si on le fait tousser, cette tumeur est soulevée avec toute la paroi abdominale, mais on n'a rien de comparable à la sensation d'une hernie.

A l'insertion du sixième cartilage costal sur la côte correspondante on trouve une éminence douloureuse. Il existe aussi deux saillies légères également douloureuses de chaque côté du sternum sur la ligne mamelonnaire.

Il n'y a pas d'œdème des extrémités.

Diagnostic. — Cancer de l'estomac.

Régime lacté.

29 novembre. — Les vomissements ont disparu ; le lait est bien supporté.

4 décembre. — La tumeur ombilicale a augmenté de volume en se rapprochant de l'ombilic. Elle est devenue plus adhérente au plan sous-jacent, mais la peau glisse encore facilement sur elle.

En introduisant le doigt dans l'ombilic, on sent le fond comme induré et plus résistant qu'à l'ordinaire.

L'aspect du malade est toujours bon ; les joues sont vivement colorées.

9 décembre. — En dehors de la tumeur, jusqu'à 4 centimètres

à gauche de l'ombilic, et à son niveau, on sent par la palpation profonde une légère saillie.

On ajoute au régime lacté du bouillon et de la bouillie.

10 décembre. — Les vomissements ont reparu.

Le même régime est cependant continué.

21 décembre. — La matité de la région épigastrique s'est étendue; le foie paraît augmenté de volume; ventre ballonné. La tumeur ombilicale n'est plus que peu mobile et se rapproche de l'ombilic. État général stationnaire.

30 décembre. — La tumeur ombilicale a augmenté de volume et est devenue plus adhérente.

2 janvier. — Sortie.

Le 31 janvier, ce malade est admis, salle 8, service de M. Trastour.

M. Chéneau, interne du service de la Clinique, complète ainsi l'observation.

31 janvier 1888. — Le malade n'a pas d'appétit, la langue est sale; il va assez difficilement à la selle; pas de vomissements depuis son entrée; il ne prend, du reste, que du lait. OEdème aux jambes et ascite, laquelle a précédé cet œdème de quelques jours l'ascite ne date que de quinze jours. Le malade avoue des excès alcooliques. Le ventre ne présente pas toutefois la configuration habituelle de l'ascite; il rappellerait plutôt le ventre d'une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire. Faciès amaigri, pommettes violacées et couperosées, yeux excavés, le faciès de l'alcoolique en un mot.

Le 2 février, très grande gêne respiratoire. Ponction le soir, 8 litres 1/2 de liquide un peu louche.

Grand soulagement après la ponction; mouvements intempestifs, syncope et mort une heure après la ponction.

Le court séjour du malade dans ce service du 31 janvier au 2 février et la gravité des accidents qu'il présentait empêchèrent de

constater la tumeur ombilicale que nous avions observée, et l'autopsie a été faite sans que l'examen ait porté sur ce point.

Dans la dernière phase de la maladie, la modification dans l'aspect du ventre fit croire à une cirrhose atrophique du foie (V. *Gaz. Méd. de Nantes,* 6e année, p. 65).

A l'autopsie, on trouve un carcinome de l'estomac qui intéressait la petite courbure, laissait libres les orifices, mais se compliquait de tumeurs comprimant la veine-porte. Le foie n'était pas atteint par la néoplasie (On ne dit rien de l'état de la paroi abdominale).

Histologiquement, la tumeur de l'estomac était un carcinome.

IV

PATHOGÉNIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'étude de nos observations nous montre que les tumeurs ombilicales n'ont pas été amenées à se faire jour à l'extérieur seulement par le hasard de leur situation topographique, et par un point de la ceinture abdominale qui se serait laissé distendre. Non, il intervient là, dirons-nous avec M. le Dr Attimont, « un processus actif, spécifique, dépendant des qualités propres du tissu pathologique et de leur influence sur certains éléments normaux éléments qui appartiennent aux conduits lymphatiques et au tissu cellulaire. Nous concevons cette forme de cancer comme un bourgeonnement actif vers l'extérieur d'une masse néoplasique développée sous l'ombilic, comme un épiphénomène du cancer sous-péritonéal localisé partiellement à ce niveau. Ce cancer sous-péritonéal, lui-même secondaire, est le trait d'union entre le cancer viscéral primitif et la tumeur symptomatique de l'ombilic ».

Si nous nous reportons au chapitre d'anatomie esquissé au début de ce travail, nous verrons que la structure de la région est éminemment favorable à cette hypothèse. Nous savons combien est abondant le tissu cellulaire sous-séreux, surtout autour de la veine ombilicale, de l'ouraque et des artères ombilicales oblitérées, ainsi qu'au niveau

du ligament suspenseur du foie. Les observations ne se comptent plus où l'on signale ces différents points comme le siége de prédilection des dépôts néoplasiques. Dans l'observation I (ci-dessus) le tissu entourant la veine ombilicale est envahi. L'observation II, les cas de Wulchow, Catteau, d'Heilly, Chuquet, Damaschino, Villar, Michaux, Hontang..., signalent simultanément un cancer de l'ombilic et des masses cancéreuses interposées aux lames du ligament suspenseur du foie.

Or, nous dit Chuquet dans sa thèse, « le point de convergence de tous ces dépôts se trouve être l'ombilic », de sorte qu'une plaque épaisse, d'une étendue variable et plus ou moins lombée, occupe bientôt la région ombilicale.

Il est à remarquer que le tissu sous-séreux est du moins au début, beaucoup plus souvent envahi que le péritoine pariétal lui-même : ce dernier se défend contre l'invasion, ce qui semble vérifier une fois de plus encore un fait bien connu en anatomie pathologique, à savoir que toute séreuse résiste longtemps et avec énergie aux attaques dirigées contre elle. La structure anatomique du péritoine nous donne l'explication de cette résistance (Chap. I).

Que va-t-il résulter de cette opposition profonde à la propagation de la néoplasie du côté du péritoine ? La formation d'une plaque cancéreuse sous-péritonéale dont la tendance à gagner de proche en proche sera toute naturelle. Comme la partie supérieure de l'anneau occupée « par un petit bouchon adipeux » fait directement suite au tissu sous-séreux altéré et le relie au tissu cellu-

laire sous-cutané, il s'ensuit que ce point va servir de terrain propice à la naissance et développement du tissu cancéreux, grâce à sa constitution élémentaire.

« Les tissus fibreux de la face profonde de la paroi abdominale, en contact de même avec les produits néoplasiques, n'ont point l'aptitude à la dégénérescence rapide ; mais le tissu cellulo-adipeux est vite envahi par celle-ci, d'après la loi d'évolution du cancer en général.

« Une fois ce tissu cellulaire atteint, il va servir de guide à la dégénérescence vers l'extérieur.

« Le contour fibro-aponévrotique résiste naturellement mais le tissu cellulaire sous-cutané de l'ombilic se trouve immédiatement en rapport avec le bourgeon de l'orifice, et alors, va se former et s'étaler le plateau extra-abdominal cancéreux aux dépens de cette nappe sous-cutanée ; entre ce plateau du dehors et celui du dedans le lien sera le tractus cellulo-adipeux altéré de l'anneau ».

« Les progrès en surface sont rarement très considérables ; mais, caractère commun à tous les cas, la partie profonde du derme tend promptement à devenir adhérente, et le plus souvent tous les éléments de la peau sont envahis avec ulcération par place. En cela rien autre en somme que le processus ordinaire du cancer qui a atteint la surface cutanée » (Dr Attimont).

Dans notre première observation cette adhérence de la peau aux parties sous-jacentes était très marquée, et la partie centrale de la tumeur extrêmement ramollie. Tout porte à croire que sous peu la peau se serait ulcérée.

Voilà comment l'anatomie normale et la fréquence du cancer sous-péritonéal au niveau de l'ombilic nous per-

mettent de comprendre la formation du néoplasme en cette région.

Notons en passant que, dans notre seconde observation, la tumeur ombilicale est accompagnée d'une tumeur adombilicale. Avons-nous besoin de chercher longtemps l'explication de ce fait ? Ne trouvons-nous pas dans la ligne blanche, au point d'entrecroisement des fibres des espaces par lesquels s'engagent des vaisseaux, des nerfs et du tissu cellulaire en communication, d'une part avec le tissu sous-péritonéal, d'autre part, avec le tissu sous-cutané ? Les conditions sont donc les mêmes qu'à l'anneau ombilical, « le plus grand des espaces de la ligne blanche », et le tissu sous-séreux altéré contigu au tissu sain lui communique facilement la néoplasie.

Cruveilhier (1), cite un cas où existait cette coïncidence de tumeurs ombilicales et adombilicales. Ce fait se rencontre donc de temps à autre, et détail intéressant, sur lequel nous nous garderons d'insister, mais que nous signalerons, l'analogie est la même au point de vue du chemin suivi, entre la hernie ombilicale et le cancer ombilical, qu'entre la hernie adombilicale et le cancer correspondant.

C'est après des considérations anatomiques analogues que notre cher Maître ajoutait :

S'il nous était permis de chercher à caractériser par une désignation spéciale le groupe dont il s'agit, nous l'appellerions volontiers, « *cancer secondaire sous-péritonéo-ombilical* », pour en indiquer le mode d'évolution anatomique.

1. *Anat. path. gén.*, t. V.

Mais quelque favorables que soient à la thèse que nous soutenons les arguments tirés de la fréquence du cancer au niveau de l'ombilic et de la disposition anatomique de la région, ils ont néanmoins encore le caractère hypothétique, aussi devons-nous rechercher des preuves plus précises.

La clinique n'a-t-elle pas montré dans maintes circonstances, dès l'apparition de la tumeur, l'existence d'une plaque profonde, ou tout au moins, une résistance anormale et la perte de souplesse des téguments qui entourent l'ombilic, sur laquelle Nélaton dès 1857 appelait l'attention de ses élèves.

On a pu suivre pas à pas, dès le début, l'évolution des tumeurs ombilicales et adombilicales, tantôt jusqu'à l'opération, tantôt jusqu'à l'autopsie, et toujours, sans exception aucune, la néoplasie correspondait à une ouverture physiologique de la ceinture abdominale. Invariablement elle avait la forme en bouton de chemise, si nette dans nos observations, et que l'éminent observateur dont nous venons de parler signalait il y a plus de 30 ans.

Nous pouvons ajouter, en outre, que dans bien des cas, entre les segments sous-cutanés et sous-péritonéaux de la tumeur, la partie fibreuse intermédiaire est nettement conservée, mais traversée par des éléments néoplasiques comme les deux plateaux. Notre observation personnelle le prouve. Chuquet, après Catteau, nous cite une observation de d'Heilly, où les deux portions, plaque du péritoine et mamelon envahi, étaient séparés par un tractus aponévrotique traversé lui-même par le lien celluleux intermédiaire cancéreux.

Entre les deux plateaux, dit à son tour M. Largeau (1), il y a une ligne celluleuse néoplasique qui les réunit, et l'ombilic cancéreux, transversalement coupé jusqu'à la séreuse, montre une saillie très notable vers les parties profondes.

Ne trouvons-nous pas dans notre observation II de nouveaux détails à l'appui des faits que nous étudions. Dans ce cas, en effet, la tumeur semble divisée en deux segments : le supérieur profond, intra-abdominal, revêtu d'une surface lisse, l'inférieur répondant à la partie de la tumeur qui faisait saillie à l'ombilic. Entre ces segments existe une lame fibreuse : des tractions les isolent l'un de l'autre au niveau de cette lame, en rompant une sorte de lien intermédiaire néoplasique peu volumineux, et on voit alors un contour aponévrotique en forme de disque percé seulement dans un point : cette intersection fibreuse reste adhérente au segment profond, mais elle en est facilement isolable.

Le *Bulletin de la Société anatomique* de 1852 rapporte une observation de M. Surmay également probante. Il s'agit à la vérité d'une tumeur adombilicale, située à deux centimètres au-dessous de la cicatrice. Mais qu'importe, puisque nous avons établi l'analogie des tumeurs secondaires cancéreuses, ombilicales et adombilicales. Les nodosités sous-péritonéales et le disque cancéreux sous-cutané communiquent à travers la ligne blanche.

Là ne se bornent pas les preuves de nos affirmations sur le processus anatomo-pathologique du cancer sous-

1. *Bull. Soc. anat.*, 1884.

péritonéo-ombilical, et l'étude expérimentale des faits nous est encore d'un grand secours.

Chacun a pu lire dans l'histoire de la péritonite cancéreuse combien sont fréquentes les observations, où, le malade, asphyxiant sous l'influence de l'oppression causée par une ascite considérable, a dû être soulagé par la ponction abdominale. Eh ! bien, des exemples qui se comptent, il est vrai, mais qui n'en sont pas moins probants, où cette ponction fut faite au niveau de plaques cancéreuses profondes, nous montrent qu'elle fut bientôt suivie de l'apparition du néoplasme à l'extérieur : Galvaing (1), Lorreyte (2), Hontang (3), en font foi.

Est-il besoin vraiment d'insister sur le mécanisme de cette propagation ?

Sur un point de la paroi abdominale les tissus étaient denses et serrés, une barrière résistante et fibreuse les protégeait. Qu'a fait la ponction ? Elle a rompu cette barrière du fascia fibreux au point ponctionné ; elle a mis en contact direct la plaque cancéreuse sous-péritonéale et le tissu cellulaire de la paroi. Et dès lors étaient réalisées les conditions dont nous parlions plus haut au sujet des tumeurs ombilicales et adombilicales. Toute la différence repose sur ce que dans le premier cas les espaces de la ligne blanche sont physiologiques, et artificiels dans le second.

La marche vers l'extérieur est d'autant plus facilitée

1. Galvaing : Th. Paris, 1872, p. 12.
2. Lorreyte : *Etude sur le cancer du péritoine*, th. 1855.
3. Hontang : *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1887, p. 369.

que les interstices des muscles, renfermant du tissu cellulaire, sont éminemment favorables à son développement. N'est-ce pas d'ailleurs le même processus que celui que nous signalions dans le cancer sous-péritonéo-ombilical ? N'y peut-on pas voir la confirmation, en quelque sorte expérimentale, de l'interprétation donnée aux faits que nous étudions.

Tout légitime donc l'existence du *cancer sous-péritonéo-ombilical :* l'anatomie normale nous l'a montré comme possible, la clinique nous a fourni les plus grandes probabilités de son existence, l'anatomie pathologique plus démonstrative permet de l'affirmer sans conteste ; enfin le contrôle de l'expérimentation vient encore faire pencher la balance en sa faveur, comme l'indiquent les faits dont nous donnions tout à l'heure la relation.

Nous avons dit plus haut que le tissu sous-séreux était, du moins au début, beaucoup plus souvent envahi que le péritoine lui-même. Cette remarque a été vérifiée dans nos autopsies (Obs. I et II) ; aucune adhérence ne reliait le péritoine pariétal aux viscères ou à l'épiploon, même au niveau des plaques et des nodosités sous-séreuses. Qu'il y ait eu ou non complication de péritonite, cancéreuse ou d'ascite, ce semble être en pareil cas la règle générale.

D'après Dolbeau et Hardy cette résistance prolongée du péritoine pariétal à l'envahissement par le cancer n'est pas spéciale aux néoplasmes qui abordent cette séreuse de dehors en dedans, elle existe encore pour les tumeurs intra-abdominales dont la tendance à se faire jour à l'extérieur suit une marche en sens opposé. Et si, dans ces

cas, peu nombreux du reste, l'union du péritoine et de la tumeur a pu avoir lieu, ce n'était point directement par envahissement spécifique, mais souvent par l'intermédiaire d'adhérences fibreuses inflammatoires (1).

M. le Dr Attimont fait la même remarque au sujet des épithéliomes primitifs de l'ombilic : quand on a rencontré des adhérences pendant l'ablation (2), adhérences reliant l'épiploon au péritoine et dès lors à la tumeur, il s'agissait de fausses membranes dues vraisemblablement à l'irritation du contact, mais non de la propagation du cancer. Grâce à cette résistance relative de la couche péritonéale à l'atteinte de l'élément cancéreux, le dépôt sous-séreux et le bourgeon ombilical peuvent s'individualiser en quelque sorte assez longtemps, au point que ce dernier ait pu en imposer pour une tumeur primitive, le cancer viscéral étant demeuré plus ou moins latent et méconnu.

Nous n'avons pas à rechercher longtemps l'explication anatomique de cette résistance du péritoine pariétal à l'envahissement par l'élément cancéreux. Sa pauvreté relative en lymphatiques est probablement l'une des causes de la lenteur du progrès du cancer dans la trame cellulo-élastique extrêmement dense de cette séreuse.

Au chapitre d'anatomie du début, nous avons décrit la disposition des lymphatiques du tissu sous-péritonéal de

1. P. ex. Dolbeau. *Leç. clin. chir.*, 1877, p. 100. Hardy : *Bull. Soc. An.*, 1874.

2. Desprès : *Soc. chir.*, 21 mars 1883. — Péan : in th. Villar, 1886.

la région ombilicale et de l'ombilic. Sans revenir ici sur les détails, nous ferons observer que le péritoine est loin d'être aussi bien pourvu que ce tissu cellulaire sous-séreux, dont les deux appareils vasculaires, l'un descendant vers les ganglions iliaques, l'autre ascendant vers le chapelet ganglionnaire rétro-sternal nous sont bien connus. Il y a donc sur ce point accord parfait entre l'anatomie normale et le processus néoplasique dans son évolution.

« Les ganglions iliaques sont-ils compromis? Sans doute, le reflux n'aura pas lieu dans les vaisseaux sous-ombilicaux, les valvules s'y opposent (et cependant récemment on a mis en doute l'influence absolue de cet obstacle valvulaire) (1) ; mais ces vaisseaux ou leurs affluents n'en seront pas moins contaminés par l'élément cancéreux qu'ils charrient, et qui y stagne, dès qu'il y est entré par quelqu'une de leurs origines, forcément atteinte dans la propagation en nappe.

« De même en est-il pour l'appareil susombilical, lequel dans son trajet ascendant met les matériaux liquides qu'il transporte en contact avec les néoplasmes du ligament suspenseur, si fréquents dans le cancer du péritoine et spécialement lors du cancer secondaire de l'ombilic. De cette source partent d'autre part des éléments pathologiques qui vont rencontrer les ganglions mammaires internes sur leur voie centripète (2). »

Rappelons qu'au chapitre premier nous avons vu éga-

1. Troisier : *Bull. Soc. Méd. Hôp.* Paris, 1888. A. Mathieu : *Dict. Encyl.* « *Estomac.* »

2. Dr Attimont., *l. c.*

lement que les lymphatiques de la partie antérieure du foie et du diaphragme, les lymphatiques intercostaux antérieurs sous-pleuraux étaient des affluents du système ganglionnaire rétro-sternal, dont l'aboutissant, avons-nous dit, est le canal thoracique près de son confluent à la grande veine lymphatique. Or, notre observation I signale l'atteinte de ce système juxta-sternal, et déjà longtemps auparavant Guérard (1), Liouville (2), Hardy (3), avaient fait la même remarque dans des cas de cancer du péritoine. Nous reviendrons au chapitre des symptômes sur ce point intéressant.

Avant de clore nos réflexions sur la pathogénie et l'anatomie pathologique, nous ferons remarquer combien, grâce à la disposition anatomique des vaisseaux lymphatiques du tissu sous-péritonéal de la région ombilicale et de l'ombilic, il est facile de s'expliquer le siége privilégié des néoplasies cancéreuses à ce niveau. Nous voyons également dans quel sens on doit interpréter le langage du professeur Lorain (4), lorsqu'il comparaît l'ombilic à un organe ganglionnaire.

1. Guérard: *Bull. soc. An.*, 1847.
2. Liouville: *Bull. soc. An.*, 1873.
3. Hardy: *Bull. soc. An.*, 1874.
4. Lorain, *l. c.*

V

ÉTIOLOGIE. SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. MARCHE.

Tout viscère atteint de cancer ou mieux de tumeur maligne (Obs. IV ci-après), en contact direct avec le péritoine, ou qui retentit sur des ganglions sous-séreux, peut devenir l'origine de la manifestation ombilicale, par l'intermédiaire du néoplasme sous-péritonéal.

C'est au cancer que nous allons surtout consacrer cette étude: le sarcome fera l'objet de quelques réflexions.

L'enfant n'a jamais présenté de cancer secondaire de l'ombilic; toutefois on a vu chez lui le carcinome généralisé du péritoine.

Cette affection est plutôt l'apanage d'un âge avancé, et de nombreuses observations montrent qu'il se rencontre le plus souvent de 45 à 60 ans.

Pour le professeur Damaschino (1), le sexe aurait une certaine influence, et la femme y serait plus prédisposée que l'homme.

Le grand nombre des affections cancéreuses des organes génitaux de la femme explique suffisamment, du reste, la fréquence chez elle des néoplasies ombilicales. La sta-

1. Damaschino in th. Villar.

tistique des cas de cancer du péritoine ne nous le montre-t-elle pas prédominant dans le sexe féminin? (Chuquet).

Enfin la grossesse, qui distend les interstices cellulaires de la ligne blanche, peut devenir une cause prédisposante à l'envahissement cancéreux ombilical et sous-cutané.

Rien n'est caractéristique dans l'aspect du cancer secondaire de l'ombilic : la symptomatologie varie même pour chaque cas particulier.

« Quand il a été possible de le suivre dès le début, il s'est manifesté sous forme d'un petit grain, sur lequel glissent facilement les téguments, grain dur, quelque peu mobile parfois sur la profondeur, et, en général, ne causant aucune sensation douloureuse à l'examen. Ce bourgeon s'étend rapidement en surface, en même temps qu'il contracte adhérence avec la partie profonde du derme (1). »

Notre Maître avait insisté, en notre présence, sur l'aspect particulier de ces nodosités du début auprès d'une malade, atteinte de carcinome généralisé, et qu'à notre grand regret nous n'avons point pu suivre. Elle présentait deux petites tumeurs, l'une ombilicale, l'autre adombilicale, qui répondaient de tous points à cette description.

Ces grains cancéreux se développent promptement, et leur tendance à gagner de plus en plus vers le tissu cellulaire sous-cutané et la peau est caractéristique. A leur niveau cette dernière devient moins souple, plus résistante, plus adhérente, distendue et bosselée. Souvent, elle

1. Dr Attimont, *l. c.*

s'ulcère assez vite dans une étendue restreinte et des croûtes faciles à détacher en recouvrent la surface suintante. Des observations indiquent aussi que la peau a pu demeurer saine ou ne présenter que des fissures superficielles sans importance.

En général, la tumeur fait saillie au-dessus de l'ouverture extérieure de l'ombilic, sans atteindre le volume énorme signalé par certains auteurs ; un haricot, une noisette, un œuf au maximum, sont ses dimensions ordinaires.

Certaines tumeurs, dont la description ne doit pas figurer ici, telles que cancers colloïdes, épithéliome primitif (1), certains sarcomes (2) peuvent acquérir au contraire un volume bien plus considérable.

D'autres caractères encore du cancer secondaire ombilical sont l'irréductibilité, une surface inégale, dure, bosselée, avec ulcération fréquente, de coloration plus ou moins foncée et de forme variable. C'est l'aspect, en un mot, du cancer lorsqu'il envahit l'élément cutané.

L'engorgement ganglionnaire des aînes est assez fréquent, celui des aisselles n'a pas encore été signalé, bien que l'anatomie nous ait montré la relation des lymphatiques axillaires et de la région sus-ombilicale.

L'indolence est la règle générale, à tel point que dans mainte observation c'est le médecin lui-même qui dut attirer l'attention des malades sur une tumeur encore ignorée. La douleur au niveau de l'ombilic, lorsqu'elle existe,

1. Péan, in th. Villar.
2. Sappey, in Damalix, th. 1886.

peut dépendre de la péritonite cancéreuse : nous connaissons sa fréquence dans cette dernière affection. Lors de son apparition la tumeur peut paraître pédiculée, mais bientôt il se produit des adhérences profondes telles que ce caractère disparaît promptement. Son diamètre transversal est en général le plus considérable, et la forme aplatie la plus commune. Tantôt l'une de ces tumeurs s'applique sur l'un des bords de l'orifice ombilical, tantôt elle englobe le mamelon ombilical, parfois le contour extérieur de l'ombilic.

La tumeur est donc le plus souvent sessile, même dans les cas où elle forme une saillie notable au-dessus des téguments. Nous remarquerons que ce caractère n'est pas indifférent ; certains épithéliomes primitifs, en effet, semblent moins enclins à s'étendre en surface ; ainsi la tumeur enlevée par M. Després s'étalait seulement à la face externe de l'abdomen en forme de tête de clou, elle avait son pédicule à l'ombilic. D'autres fois, par contre, l'épithéliome primitif a offert, il est vrai, une disposition toute différente : dans l'observation de MM. Déjerine et Sollier, la tumeur, au centre de laquelle l'ombilic s'implantait, ne faisait absolument aucune saillie au dehors, malgré ses sept et huit centimètres de diamètre sur 5 ou 6 d'épaisseur ; ce n'est, du reste, qu'à l'autopsie qu'elle fut reconnue.

La peau de l'abdomen, d'ordinaire si souple, ne glisse plus sur le tissu cellulaire sous-cutané ; tout autour de la tumeur elle devient résistante et inégale.

Nous avons déjà vu dans le courant de ce travail que la tumeur pouvait se traduire profondément par un pla-

teau intra-abdominal. Lorsqu'il est suffisamment développé, il se manifeste par des masses indurées, profondes, au delà desquelles la paroi présente sa dépressibilité normale. Le trait d'union entre ces tumeurs sous-péritonéales et la tumeur ombilicale est un cordon dur, dont le prolongement est quelquefois facile à suivre lorsque l'on saisit et qu'on soulève entre deux doigts la base du néoplasme extérieur ; ordinairement les deux masses sont tassées l'une contre l'autre.

Nous ne nous étendrons pas sur les importantes remarques de Nélaton qui insistait sur la difficulté de reconnaître à quel point la dégénérescence néoplasique envahissait la face interne de la paroi abdominale. Si dans un très grand nombre de cas l'altération du tissu cellulaire sous-cutané rend peu facile un diagnostic précis, on doit tenir grand compte néanmoins de la perte de souplesse et des téguments, et de la paroi abdominale, qu'on ne peut plisser comme à l'état normal.

Parfois la tumeur sous-séreuse est assez indépendante des masses sous-jacentes pour pouvoir être soulevée en masse. On se rendait très nettement compte de cette mobilité chez nos malades (Obs. I et II), et ce symptôme a pu être relevé dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour : comme il existe d'ailleurs dans des cas d'épithélioma primitif, il n'a rien de caractéristique.

Le développement du cancer secondaire est rapide dans les premiers temps : il n'est pas indifférent d'en tenir compte pour le diagnostic. Plus tard, l'évolution se ralentit d'une manière très notable.

Serait-il possible maintenant, d'après les caractères pro-

pres de la tumeur, d'affirmer sa nature et de la qualifier de cancer secondaire ? Assurément non.

On peut éliminer les hernies épiploïques irréductibles, les hernies graisseuses, les hernies de la veine ombilicale (1) et même toutes les tumeurs bénignes de l'ombilic. Mais entre un sarcome, un épithéliome primitif, un carcinome secondaire, le diagnostic offre les plus grandes difficultés, souvent la solution reste introuvable. Nous le comprenons aisément, puisque dans des observations comme celles de MM. Déjerine et Sollier, le cancer primitif se prolongeait dans l'anneau par son pédicule et s'épanouissait dans le tissu sous-péritonéal.

Certaines manifestations qui se développent concomittamment avec le cancer secondaire de l'ombilic doivent être recherchées avec soin.

L'adénite inguinale existe dans quelques observations. Elle peut être simplement inflammatoire, occasionnée par une phlegmasie des tissu péri-ombilicaux, mais aussi de nature spécifique ainsi que le prouvent nos recherches histologiques (Obs. I.) nous avons trouvé le ganglion inguinal cancéreux comme la tumeur initiale elle-même (epithéliome cylindrique).

Cette adénite est peu volumineuse, dure et indolente, son existence se conçoit sans commentaires dans les cas de carcinome secondaire de l'ombilic, et peut servir à appuyer la présomption de ce cancer quand on hésite entre un cancer et un sarcome.

Nous n'avons point trouvé signalée l'adénite axillaire.

1. Nicaise. *Rev. chir.*, janvier 1883.

Peut-être les observateurs ont-ils moins porté leur attention sur la participation des ganglions de ce territoire à la maladie. Aucune de nos observations ne nous a permis de constater la présence de tumeur ganglionnaire de l'aisselle.

La date d'apparition de la tumeur ombilicale a de l'importance. La difficulté est d'avoir sur ce point des notions exactes. Dans les cas où le médecin a pu suivre lui-même dès le début l'évolution de la maladie, la mort est survenue entre 3 et 6 mois, généralement en moins d'une année. Nous nous garderons d'ériger ceci en règle absolue, mais si l'avenir confirmait cette donnée, le diagnostic y trouverait un appoint sérieux. Malgré les exceptions peu nombreuses de MM. Vidal et Bourneville (1), où la péritonite cancéreuse aurait permis la vie pendant 2 ans et demi à 3 ans (encore celle de M. Vidal n'eût-elle pas d'autopsie pour confirmer la nature cancéreuse de la maladie), « il est légitime de conclure dès maintenant que la durée d'une tumeur de l'ombilic au delà d'un an est une très forte présomption contre sa nature secondaire cancéreuse.

« Les caractères essentiels pour le diagnostic du cancer secondaire de l'ombilic sont fournis par les symptômes des maladies dont il n'est que l'épiphénomène.

« C'est, en somme, l'histoire de chacun des cancers viscéraux, du cancer du péritoine et de la péritonite cancéreuse » (Dr Attimont).

Est-il permis de préciser à quelle date de la maladie

1. Vidal. *Soc. méd. hôp.*, Paris, 1874.

initiale la tumeur ombilicale apparaît? Chaque cas particulier présente sous ce rapport la plus grande variété. Et tandis que souvent la manifestation vers l'ombilic n'a lieu qu'à la période ultime de la maladie, dans d'autres circonstances c'est pendant son cours, alors que le diagnostic s'impose déjà, ou même tout à fait a son début.

Notons aussi que le cancer secondaire ombilical peut s'observer avec la péritonite cancéreuse ou sans cette complication. Dès lors, en présence d'une tumeur ombilicale de nature ou de signification équivoque, on ne saurait mettre trop de soin à rechercher les signes du cancer sous-péritonéal précurseur de la péritonite, car, nous dit M. le Dr Attimont : « La genèse de la tumeur secondaire de l'ombilic indique en effet la valeur toute spéciale pour son diagnostic de la coexistence de points indurés ou résistants au niveau de la paroi abdominale, et des noyaux décelés par l'examen vaginal et rectal. »

Mais les affections abdominales sont souvent latentes, aussi ne peut-on point toujours affirmer avec précision qu'un cancer est secondaire ou primitif. D'un autre côté des troubles gastro-intestinaux persistants et coïncidant avec une tumeur ombilicale ont pu faire croire au néoplasme secondaire, alors qu'il s'agissait seulement d'une dilatation ou de toute autre lésion chronique non spécifique de l'estomac.

Bien que le sarcome ne fasse pas partie du groupe des cancers de l'ombilic, l'analogie avec ces néoplasmes, au point de vue de la pathogénie, des symptômes et de l'évolution, nous paraît si grande dans le cas suivant, que nous ne saurions mieux faire que de les mettre en parallèle.

Observation IV (inédite)

Communiquée par M. U. Monnier, interne des Hôpitaux de Nantes

Le 25 août 1890, entrait dans le service de M. le professeur Boiffin, une malade âgée de 50 ans, atteinte d'un néoplasme utérin.

Aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel.

Le début des accidents remontait environ à un an, et avait été marqué par des métrorrhagies, d'ailleurs peu abondantes, puisque la malade, n'y attachant aucune importance, ne se soigna même pas.

Six mois après, une hémorrhagie plus grave se produisit, puis une seconde il y a un mois.

Amaigrissement très notable.

Un médecin consulté au moment de cette dernière métrorrhagie extirpa quelques débris de la cavité utérine.

A quelque temps de là, deux autres médecins tentèrent l'ablation de la masse par la voie vaginale, mais, si l'on en croit la malade, ils durent y renoncer à cause du volume énorme de la tumeur.

M. le professeur Boïffin, appelé en dernier ressort porta le diagnostic de fibrôme en dégénérescence et conseilla l'opération. Il fut décidé qu'elle aurait lieu à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

25 octobre 1890. — L'état général de la malade est mauvais. Elle a un faciès amaigri et presque cachectique. La langue est sale, le pouls petit et fréquent, la respiration difficile, la température élevée (39°, 6). Vomissements.

Le ventre est énorme. La pression provoque une douleur assez vive, surtout au niveau des fosses iliaques. La palpation, autant qu'elle peut être faite, permet de reconnaître la présence d'une masse volumineuse atteignant l'ombilic.

Ce dernier est dur, plus saillant que de coutume, du volume d'une petite noisette. La peau qui le recouvre, adhérente, peu mobile, sans souplesse, ne peut glisser sur les parties sous-jacentes. Tout autour de l'ombilic, sur une étendue de quelques centimètres, la région ombilicale est plus rénitente qu'à l'état normal, et l'ombilic soulevé entre deux doigts semble rattaché à des plaques indurées profondes, sous-péritonéales, par un cordon dur et résistant.

Pas d'engorgement ganglionnaire, ni inguinal, ni axillaire.

Par le toucher vaginal, on arrive sur un utérus extrêmement volumineux. Le col est entr'ouvert, et le doigt introduit par l'orifice permet de constater dans la cavité utérine, la présence de débris plutôt durs et résistants que fongueux. En combinant le palper hypogastrique et le toucher vaginal, on constate sans peine que cette masse, qui remplit une partie de la cavité abdominale, fait corps avec l'utérus, lui-même en quelque sorte enclavé dans le petit bassin.

Les culs-de-sac vaginaux sont normaux. Il sort de la cavité utérine un liquide muco-purulent d'une odeur repoussante.

L'examen au spéculum permet de confirmer les détails précédents. La profondeur de la cavité utérine, mesurée au moyen de l'hystéromètre, atteint 14 centimètres. Par le toucher rectal on constate que la paroi postérieure de l'utérus est considérablement développée.

Des lavages du vagin au sublimé et à l'eau bouillie sont prescrits, ainsi que des toniques à l'intérieur.

La région génitale est rasée et antisepsiée.

25 octobre. — M. le professeur Boiffin, assisté de M. le professeur Joüon, procède à l'opération.

Nous avons dit que les examens précédents avaient conduit au diagnostic de fibrome en voie de putréfaction, et que l'intention de M. le Dr Boiffin était d'extirper tout ou partie de la masse

par morcellement. Mais à peine quelques débris avaient-ils été retirés, qu'une hémorrhagie considérable arrêta le chirurgien, qui dut se contenter d'appliquer un tampon hémostatique.

Cet incident semblait contredire le premier diagnostic ; il s'agissait sans doute d'épithéliome. Aussi conseilla-t-on à la malade de regagner sa demeure, en continuant toutefois les soins antiseptiques de la cavité vaginale.

Le surlendemain elle partait en effet.

Examen microscopique. — L'examen microscopique des débris enlevés par l'opération a démontré leur nature sarcomateuse : sarcome fuso-cellulaire, avec des points épithéliaux çà et là.

Mais ce qu'il y a de plus surprenant, c'est que cette femme est aujourd'hui relativement bien portante, et qu'elle se lève. Sans doute les symptômes péritonéaux dus à l'infection de la cavité utérine ont cédé aux moyens antiseptiques. Il est évident toutefois que la marche du sarcome n'en continuera pas moins son évolution fatale.

A bien des titres cette observation est du plus vif intérêt. Le sarcome de l'utérus est en effet très rare et n'atteint pas d'ordinaire un volume aussi considérable (1).

Nous ferons remarquer également que le sarcome de l'ombilic est classé parmi les tumeurs ombilicales les moins fréquentes. Un seul cas est authentique et vérifié par l'examen microscopique, celui de M. Richet, rapporté dans le mémoire de Blum (2), auquel il avait été communiqué par M. Richet lui-même. L'examen histologique permit de reconnaître des éléments fibro-plastiques en-

1. Terrillon : *Sarcomes de l'utérus*. Soc. de Chir. Séance du 19 novembre 1890.

2. In Blum, 1876.

tremêlés d'une grande quantité de cellules embryogéniques : on avait affaire à un sarcome mixte.

M. Villar, dans la *Revue générale de la Gazette des hôpitaux* du 15 mars 1890, n'a aucun cas nouveau de sarcome de l'ombilic à joindre à la liste déjà courte des cas publiés dans sa thèse de 1886.

Outre la rareté du sarcome ombilical, nous devons noter qu'il est l'apanage de la jeunesse, généralement primitif, et qu'il évolue avec les allures d'une marche rapide.

Dans notre observation la malade a 50 ans, la tumeur est secondaire, à marche relativement lente.

Mais, sommes-nous autorisé à affirmer aussi catégoriquement que nous nous trouvons en présence d'un sarcome secondaire de l'ombilic, et ne peut-on pas nous objecter que notre diagnostic est par trop hasardé?

A vrai dire, la tumeur de l'ombilic n'a pas été examinée au microscope, nous le reconnaissons, et c'est une lacune bien regrettable sans doute. Mais l'examen de la tumeur utérine ne nous a-t-il pas révélé d'une manière indiscutable la présence d'un sarcome? L'analogie n'est-elle pas complète avec nos observations précédentes qui se rapportent au cancer de l'ombilic secondaire à un cancer, soit de l'estomac, soit de l'utérus, etc. De part et d'autre n'avons-nous pas comme point de départ une tumeur viscérale, même évolution systématique dans le tissu sous-péritonéal, même envahissement de la partie supérieure celluleuse de l'anneau, même saillie à l'ombilic, mêmes plaques indurées, même rénitence de la région, en un mot même marche et même symptomatologie.

Après cela n'est-il pas logique de conclure au sarcome ombilical secondaire, à une tumeur sarcomateuse de l'utérus?

Quoi qu'il en soit, si nous n'avons pas la certitude absolue de notre diagnostic, nous osons espérer qu'on reconnaîtra la supériorité du cas que nous présentons sur les observations de sarcome publiées jusqu'à ce jour, exception faite pour celle du professeur Richet.

Un rapide coup d'œil jeté sur elles va nous montrer qu'aucune ne peut soutenir le parallèle.

Serait-ce, en effet, le cas de Leydeker, thèse Giessen 1856, où il s'agit d'un prétendu sarcome chez une fillette de 14 ans, dont l'origine remontait à la première enfance?

Ou, celui de M. le professeur Duplay, observé en 1879 à Lariboisière, chez une malade atteinte de tumeur ombilicale? Cette femme sortit de l'hôpital avant toute opération, et aucun contrôle ne put confirmer le diagnostic par l'examen histologique.

Mêmes remarques à faire pour l'observation de M. le professeur Potain, 1886, chez un malade porteur d'une petite tumeur ombilicale, dure, violacée par places, et pour laquelle M. Trélat avait un mois, auparavant, porté le diagnostic de sarcome aponévrotique.

A la suite de tous ces cas, nous pourrions avec Villar en citer trois autres, pour lesquels le diagnostic a été fait seulement d'après les symptômes.

Nous avons omis à dessein dans cette rapide énumération les cas de Thomas Bryant, publié en 1863 dans *Guy's Hospital Reports*, et de Gallozzi, car il s'agissait là de sarcomes de la région ombilicale et non de l'ombilic.

En résumé, dans un cas de sarcome prouvé de l'utérus une tumeur de l'ombilic survenue secondairement avec l'évolution, la marche, les symptômes du cancer secondaire de cette région, a des chances *considérables* d'être un sarcome ombilical.

En conséquence, on peut légitimement supposer l'existence du sarcome sous-péritonéo-ombilical comme celle du cancer sous-péritonéo-ombilical.

Avant de clore ce chapitre, il reste à noter une particularité qui semble n'avoir pas fixé l'attention des observateurs, et cependant, elle a de l'intérêt pour le diagnostic du cancer secondaire de l'ombilic et au point de vue de la physiologie pathologique.

Notre observation III (cancer secondaire adombilical) indique la coexistence d'une éminence douloureuse à l'insertion du sixième cartilage costal sur la côte correspondante, et il existait en outre deux saillies légères également douloureuses de chaque côté du sternum sur la ligne mamelonnaire. Moreau (1), E. Küster (2), Dussaussay (2), et Mazand (4), ont vu dans des cas de cancer une coïncidence tout à fait semblable.

Remarque importante : les manifestations extérieures pré-thoraciques et pré-abdominales ombilicales ou adombilicales étaient toujours situées sur la ligne médiane ou dans son voisinage. Ne faut-il pas reconnaître dans une

1. *Bull. soc. an.*, Paris, 1844.
2. *Beitrage zur Geiburts und Gynæc.*, t. IV, fasc. I, 1875.
3. *Bull. soc. an.* Paris, 1876.
4. Th. Paris, 1877, p. 127. « *Des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral.* »

série aussi complète de faits analogues une influence commune, un processus systématique plutôt que le résultat du hasard ?

On trouve aussi des observations de cancer péritonéo-pleural, sans manifestation de l'ombilic ou de la ligne blanche, avec tumeur de la région thoracique antérieure dans les mêmes points, et sans entrer dans les détails, nous citerons l'observation de M. Gillette (1), les cas de MM. Hanot et Bucquoy (2), de M. Regnauld (3), de M. Attimont (4).

Dans tous ces faits, bien entendu, il ne s'agissait point des ganglions trachéo-bronchiques, qui pourraient former relief à la partie supérieure du médiastin, lorsqu'ils sont atteints de néoplasie cancéreuse. L'interprétation serait alors tout à fait différente.

Il ressort deux points principaux de la rapide comparaison de tous ces faits : la situation toujours la même, vers le plan médian, des tumeurs en question et leur développement simultané avec un cancer des séreuses.

Nous ne reviendrons pas ici sur les causes de systématisation de ces tumeurs à l'ombilic ou sur le trajet de la ligne blanche : une étude assez complète en a été faite au chapitre III.

Pour le thorax, nous nous reporterons à notre observation I, où nous avons trouvé envahie par le néoplasme

1. *Bull. Soc. An.*, 1861.
2. *Bull. Soc. An.*, 1873.
3. *Bull. Soc. An.*, Paris 1887, p. 728.
4. *Gaz. méd. Nantes*, 7e année, n° du 8 novembre 1888.

la chaîne ganglionnaire qui occupe les bords du sternum. L'autopsie a permis de constater la présence de traînées et de nouures de lymphangite jusqu'à un ganglion rétro-sternal situé dans le tissu sous-séreux, au niveau du commencement du sixième cartilage-costal gauche : l'examen histologique a prouvé sa nature cancéreuse (épithéliome cylindrique). Déjà bien des observations signalent ce détail, et nous n'avons pas la prétention de le présenter comme une découverte, mais personne avant notre cher Maître, ne nous semble avoir suffisamment attiré l'attention sur ce point. Nous sommes heureux que le cas en question soit un appoint sérieux aux idées qu'il a daigné nous communiquer sur ce sujet.

Remarquons bien que l'extension du cancer abdominal n'a eu lieu dans le thorax ni par les fentes et les puits du centre phrénique, les ganglions du médiastin, ni par l'intermédiaire des lymphatiques du ligament suspenseur. Ce n'est pas non plus le poumon qui après son adultération secondaire au cancer abdominal a fourni des éléments spécifiques à ses lymphatiques propres et à ceux de la plèvre (1) (la lymphangite sous-pleurale en est toujours la conséquence, et cette lymphangite, dans sa généralisation, peut atteindre l'un des points d'origine du système médiastinal mammaire interne).

Il est évident que le passage de la néoplasie a eu lieu dans le thorax par la chaîne des lymphatiques sous-ombilicaux supérieurs qui se continuent avec les vaisseaux sous-sternaux, puisque, nous le disions tout à l'heure,

1. Troisier. Th. Paris, 1874.

on pouvait suivre les traînées de lymphangite jusqu'au ganglion rétro-sternal.

Dès lors étaient menacés le médiastin antérieur, le tissu sous-séreux, le péricarde pariétal adjacent et les organes qui forment sa paroi antérieure. En conséquence, une évolution analogue à celle que nous avons vu se dérouler pour l'abdomen était ici imminente, et le périoste, les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané pouvaient devenir le théâtre de la maladie, grâce à l'envahissement par contiguité. La mort est survenue et n'a pas permis d'assister à l'éclosion extérieure du néoplasme, mais tout porte à croire qu'elle était possible et même probable.

L'anatomie ne nous montre-t-elle pas, en outre, que ce petit espace est l'un des moins défendus de la cage thoracique, dépourvu qu'il est de la double épaisseur des muscles intercostaux. Seuls, en effet, les intercostaux internes existent en ce point.

En résumé, le cancer sous-péritonéal peut directement par les lymphatiques sous-ombilicaux profonds faire irruption dans le tissu sous-pleural grâce aux communications de ces vaisseaux avec le chapelet ganglionnaire rétro-sternal.

Par un processus spécial, systématique vers l'extérieur, le ganglion cancéreux juxta-sternal peut communiquer l'élément morbide au tissu sous-séreux lui-même. Le néoplasme gagnant ensuite de proche en proche se fera jour dans le tissu sous-cutané de la cage thoracique.

Conclusion toutes les fois qu'une manifestation néoplasique sembable se montrera sur le thorax, si l'exa-

men le plus approfondi des viscères contenus dans la poitrine permet pas de soupçonner qu'ils soient en cause c'est sur l'abdomen qu'il est important de diriger ses recherches, même en l'absence de tumeur ombilicale.

VI

PRONOSTIC. TRAITEMENT.

Il serait superflu de s'étendre sur le pronostic du cancer secondaire de l'ombilic. De l'étude que nous avons faite de ce néoplasme, ne résulte-t-il pas qu'il est extrêmement grave ; il est, nous l'avons vu, dans la majeure partie des cas du moins, l'indice d'altérations péritonéales ou viscérales avancées.

Le professeur Damaschino, dans les conclusions de son mémoire, attachait la plus grande importance au cancer secondaire de l'ombilic au point de vue du pronostic : il y voyait l'indice d'une mort certaine.

Villar (1) aboutit aux mêmes conclusions : Pour lui, de toutes les tumeurs ombilicales, la plus redoutable est le cancer secondaire. Ne pourrait-on pas, ajoute-t-il, rapprocher, comme indice pronostique le cancer secondaire de l'ombilic de la *phlegmatia alba dolens*, à laquelle Trousseau accordait une si grande importance.

Est-il besoin d'ajouter que nous sommes désarmés en présence des tumeurs cancéreuses secondaires de l'ombilic. La dernière conclusion du mémoire du professeur Damaschino est suffisamment explicite à ce sujet : le chirurgien devra être très réservé dans le traitement

1. Th. Paris, 1886.

local des tumeurs carcinomateuses de l'ombilic, et devra se souvenir qu'elles peuvent être consécutives à une affection cancéreuse d'un des viscères abdominaux, et dans cette éventualité toute ablation est absolument contre indiquée.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer secondaire ombilical ou adombilical est la conséquence d'une tumeur cancéreuse de l'abdomen (péritoine ou viscère).

II. — Avant son apparition à l'extérieur ce cancer secondaire ombilical ou adombilical a été précédé d'un envahissement, par le néoplasme, du tissu sous-péritonéal, tantôt en un point limité, sous la forme d'un bouton peu volumineux, tantôt sous la forme de larges plaques indurées. Tous les intermédiaires sont possibles.

III. — La formation de ces cancers sous-péritonéaux est due aux altérations néoplasiques des vaisseaux lymphatiques contaminés par l'élément cancéreux qu'ils charrient. Ces altérations gagnent à la longue le tissu cellulaire sous-péritonéal éminemment propre au développement du cancer, et par les interstices de la ligne blanche ou l'ombilic, arrivent à se faire jour à l'extérieur.

IV. — Le tissu cellulaire sous-cutané, envahi par le néoplasme, peut à son tour communiquer la néoplasie aux lymphatiques superficiels, d'où le retentissement constaté dans les ganglions de l'aîne, et possible dans les ganglions axillaires.

V. — Le sarcome ombilical secondaire à un sarcome intra-abdominal peut exister dans les mêmes conditions.

VI. — Des manifestations pré-thoraciques, analogues

aux manifestations pré-abdominales, sont d'un grand secours pour le diagnostic des néoplasmes de la poitrine, ou même en l'absence de ces derniers, pour le diagnostic des tumeurs cancéreuses intra-abdominales, grâce aux communications des lymphatiques sous-péritonéaux avec les lymphatiques sous-pleuraux.

Vu par le Président de la thèse,
GUYON

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Attimont. — Remarques sur le cancer de l'ombilic. Gaz. med. de Nantes, 6e année, nos des 9 septembre, 9 octobre, 9 nov. 1888.

P. H. Bérard. — Dict. de médecine en 30 vol., 1827. Article Ombilic.

Bizzozero et Salioli. — Centralb. f. med., n° 42, 1877.

Blum. — Tumeurs de l'ombilic chez l'adulte. Arch. gén. de méd., 1876.

A. Boyer. — Traité des mal. chir. et des op. qui leur conviennent, publié par Philippe Boyer, 1849, t. VI.

Bryant. — Tumeurs à noyaux fibreux, Guy's Hospital Reports, 1863, p. 245.

Bucquoy-Hanot. — Bull. Soc. An., 1873.

Catteau. — De l'ombilic et de ses modifications dans le cas de distension de l'abdomen. Th. de Paris, 1876.

Celse. — Des affections de l'ombilic. Traité de médecine de A. C. Celse : trad. 1876, p. 507 (in th. Villar).

Chuquet. — Du carcinome généralisé du péritoine. Th. Paris, 1879.

Civadier. — Journal de méd., de chir. et de pharmacologie de Bruxelles, t. IV, p. 374.

Codet de Boisse. — Tumeurs de l'ombilic chez l'adulte. Th. Paris, 1883.

Cruveilhier. — Anat. descrip., 3e éd.

Cruveilhier. — Anat. path. gén., t. V.

Damaschino. — In. th. Villar, 1886.

Déjerine. — Bull. S. An., juin 1888.

Demarquay. — Epithélioma de l'ombilic. Bull. Soc. chir., 1870. Séance du 8 juin.

— . — Cancer encéphaloïde, cancer colloïde de l'ombilic. Bull. Soc. chir., 1870. Même séance.

Desprès. — Cancer ombilical. Soc. de chir., 1883. Séance du 21 mars.

D'Heilly. — Cancer du péritoine : indurations ombilicales. In th. Catteau, 1876.

Dolbeau. — Leç. Clin., Chir. 1877., p. 100.

Duplay. — Traité élémentaire de path. ext., 1878.

Dusaussay. — Bull. Soc. An., Paris, 1876.

Fabrice de Hilden. — Observationes Chirurgicœ. Francfort-sur-le-Mein MDCXLVI. (Centuria V ; Obs. LXII, p. 452).

Feulard. — Archiv. gén. méd., 1887, II.

Fischer, de Breslau. — Sem. Méd. du 11 avril 1888.

Gallozzi. — Sarcome de la région ombilicale, in th. Villar, 1886.

Galvaing. — Thèse Paris, 1873, p. 13.

Gillette. — Bull. Soc. An., 1861.

Guérard. — Bull. Soc. An., 1847.

Guyon. — In th. Villar, 1886.

Hardy. — Bull. soc. an., 1874.

Houtang. — Bull. soc. An. Paris, 1887, p. 369.

Hue et Jacquin. — Cancer colloïde de l'ombilic et de la paroi addominale antérieure ayant envahi la vessie. — Union médicale, 1868, 3e série, t. VI, p. 418.

E. Küster. — Des tumeurs de l'ombilic chez l'adulte et de leur traitement. Arch. f. Klin. chir., 1874, V, XVI, art. 1.

E. Küster. — Carcinome de l'ovaire, de l'ombilic et du sternum. Beitrage zur Geiburtshülfe und gynecologie, t. IV, fasc. I, 1875.

Largeau. — Bull. soc. An., 1884.

Leydecker. Tumeur sarcomateuse chez une fille de 14 ans. Th. de Giessen, 1856.
Liouville. — Bull. Soc. An., 1873.
Lorain. — Cancer de l'utérus, indurations squirrheuses au niveau de l'ombilic. In th. Catteau, 1876.
Lorreyte. — Étude sur le cancer du péritoine, th. 1875.
A. Matthieu. — Dict. Encyclop. « Estomac ».
Mazand. — Des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral, th. Paris, 1887, p. 127.
Moreau. — Bull. Soc. An. Paris, 1842.
Nélaton. — Elém. de path. chirurgicale, 1857, t. IV, p. 525.
Nicaise. — Dict. encycl. des sciences médicales, art. ombilic, 1881.
Revue chir., janvier 1883.
Péan. — In th. Villar, 1886.
Piole Martial. — Contribution à l'étude du cancer rétro-péritonéal, th. Paris, 22 juillet 1890.
Poulet et Bousquet. — Traité de path. ext., 1885.
Reboul. — Bull. soc. An., Paris 1887, p. 347.
Regnault. — Bull. soc. An. Paris, 1887, p. 728.
Richet. — Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, 4e édit. 1873, p. 365.
Richet. — Sarcome de l'ombilic, in-Blum. Archives générales de médecine, août 1876, p. 164.
Robin et Cadiat. — Journ. anat. et phys., 1876. Dict. Encyclop. Sc. méd. 1881. « Lymphatiques. »
Sappey. — Traité anat. descriptive, 3e édit., 1876.
Storer. — Carcinome viscéral généralisé. ombilic atteint. Boston Méd. and surg. journ., 25 février 1864.
Surmay. - Bull. soc. an., 1852.
Terrillon. — Sarcomes de l'utérus. Soc. de Chir. Séance du 19 novembre 1890

Tillaux. — Annales de gynécologie, 1887.

Troisier. — Bull. soc. méd. hôp. Paris, 1888.

Troisier. — Thèse Paris, 1874.

Villar. — Tumeurs de l'ombilic (Th. Paris, 1886).

Villar. — Des tumeurs de l'ombilic. Gazette des Hôpitaux, n° du 15 mars 1890.

Waldeyer. — Ueber deu Krebs. Sammlung Klin. Vorträge von Volkmann 1870 à 1875. 33 (chirurgie n° 10, p. 163).

Wilms. — Observation signalée par M. P. Berger. Rev. sc. méd., 1874.

Wulchow. — Beitrâge zur Casuistik der Nabel, Neubildungen. Berlin. Klin. Woch., 27 septembre 1875, n° 39, p. 533.

Henri JOUVE, Imprimeur de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris.